

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
PSYCHOSES PUERPÉRALES
(De leur Étiologie en particulier)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 11 Février 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

BERNARD (Maurice-Pierre-Camille)

Né le 7 Novembre 1894, à Paris (Seine)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. FRUHINSHOLZ, professeur...	<i>Président.</i>
		ETIENNE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		RICHON, agrégé.....	
		JOB, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE
—
1922

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1921-1922.

2^e Série.

N^o 177.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
PSYCHOSES PUERPÉRALES

(De leur Étiologie en particulier)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 11 Février 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

BERNARD (Maurice-Pierre-Camille)

Né le 7 Novembre 1894, à Paris (Seine)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. FRUHINSHOLZ, professeur...	<i>Président.</i>
	ETIENNE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	RICHON, agrégé.....	
	JOB, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1922

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✱, I ☉.

Assesseur : M. WEISS, O ✱, I ☉.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✱, I ☉; PRENANT, ✱, I ☉; F. GROSS, O ✱, I ☉;
CHRÉTIEN, I ☉; HERRGOTT, O ✱, I ☉.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale.....	WEISS, O ✱, I ☉.
Chimie médicale et toxicologie.....	GARNIER, I ☉.
Hygiène.....	MACÉ, ✱, I ☉.
Physiologie.....	E. MEYER, O ✱, I ☉.
Clinique médicale.....	SIMON, ✱, I ☉.
Histoire naturelle médicale.....	VUILLEMIN, I ☉.
Médecine légale.....	P. PARISOT, O ✱, I ☉.
Clinique des maladies des enfants.....	HAUSHALTER, ✱, I ☉.
Anatomie pathologique.....	HOCHE, ✱, I ☉.
Clinique médicale.....	ETIENNE, ✱, I ☉.
Clinique chirurgicale.....	VAUTRIN, ✱, I ☉.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	L. SPILLMANN, ✱, I ☉.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	FROELICH, ✱, I ☉.
Physique médicale.....	LAMBERT, I ☉.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	FRUINSHOLZ, ✱, I ☉.
Histologie.....	COLLIN, ✱, I ☉.
Anatomie descriptive.....	LUCIEN, ✱, I ☉.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	JACQUES, ✱, I ☉.
Clinique des voies urinaires.....	ANDRÉ, ✱, I ☉.
Médecine opératoire.....	MICHEL, ✱, I ☉.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	MICHEL, ✱, I ☉.
Clinique des maladies mentales.....	PARIS, ✱, I ☉.
Clinique des maladies des vieillards.....	RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Pathologie interne.....	RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique).....	S. RÉMY, I ☉, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	PERRIN, I ☉, agrégé.
Thérapeutique.....	PERRIN, I ☉, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.....	J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie externe.....	BINET, I ☉, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1).....	CAUSSADE, A ☉, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	JEANDELIZE, agrégé.
Clinique d'électrothérapie.....	N.

Agrégés en exercice

MM. ROBERT, I ☉.	MM. J. PARISOT, O ✱, I ☉.	MM. JOB, ✱, A ☉.
BINET, I ☉.	FAIRISE, A ☉.	JEANDELIZE.
PERRIN, I ☉.	CAUSSADE, A ☉.	P. MATHIEU, A ☉.
THIRY, ✱, I ☉.	BARTHÉLEMY, ✱, A ☉.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✱, I ☉; G. GROSS, ✱, I ☉; RICHON, ✱, I ☉;
S. RÉMY, I ☉; BUSQUET, I ☉.

M. H. COIFFARD, I ☉, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, ☉, I ☉, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage d'affection et de profonde reconnaissance.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR ÉTIENNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHON

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOB

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

A l'occasion de ce travail qui doit être le terme de nos études médicales, et avant de quitter nos maîtres de la Faculté, nous sommes heureux de pouvoir leur témoigner notre reconnaissance.

Nous remercions tout d'abord M. le professeur Fruhinholz qui, après nous avoir inspiré le sujet de ce travail, a bien voulu être notre Président de thèse. Nous n'oublierons pas la bienveillante attention qu'il nous a toujours témoignée. Que M. le professeur Etienne reçoive ici l'expression de notre gratitude; c'est à lui que nous devons en grande partie notre formation médicale. Nous emportons le meilleur souvenir des services de MM. les professeurs Weiss, Haushalter, Frœlich et Spillmann.

Nous tenons à remercier de sa sollicitude M. le professeur agrégé Richon, qui nous a initié à l'étude des maladies des vieillards. Nous sommes reconnaissant à M. le professeur agrégé Job de nous faire l'honneur de bien vouloir juger notre thèse.

Nous avons suivi avec intérêt et profit les cliniques de M. le docteur Paris, à l'Asile de Maréville; nous lui devons d'avoir pris de l'intérêt à la psychiâtrie, et c'est pourquoi nous avons pris un sujet de thèse sur les psychoses puerpérales.

Les psychoses puerpérales sont relativement rares; c'est ainsi qu'à la Maternité de Nancy, pendant une période de quinze ans, nous n'avons pu recueillir que dix observations. Regis, et avec lui la majorité des auteurs, estiment que l'on peut compter un cas sur 600 à 800 accouchements. Si les manifestations mentales, survenant au cours de la grossesse, du travail ou de la lactation ont été connues de tout temps par les médecins, il n'en est pas de même de l'étiologie; derrière cette cause grossière de puerpéralité qui n'indique qu'un rapport de coexistence dans le temps, on a cherché les causes réelles. L'étiologie a évolué parallèlement aux progrès des sciences médicales; successivement ont été incriminées: les vapeurs brûlantes qui montent des seins au cerveau; la suppression des lochies et leur transformation purulente; le dépôt de lait sur le cerveau.

Avec Esquirol commence une période d'observation scientifique qui porte ses fruits, et successivement la prédisposition, l'intoxication, l'infection, les glandes à sécrétion interne sont invoquées pour expliquer la perturbation des cellules cérébrales engendrant la psychose.

Nous ne nous occuperons pas des modifications de caractère, des changements d'humeur que l'on observe si souvent chez la femme enceinte, troubles légers qui sont à la limite de la physiologie et de la pathologie, et qu'il est impossible, pour cette raison, de rattacher à une étiologie nette.

Dans les psychoses survenant au cours de la puerpéralité, nous distinguerons d'abord celles qui se développent chez une femme antérieurement atteinte d'aliénation mentale. Dans ce cas, la prédisposition est évidente et

une puerpéralité indemne de tout incident, soit toxique ou infectieux pourra faire surgir un nouvel accès.

Lorsque les troubles mentaux surviennent pour la première fois, soit pendant la grossesse, le travail ou les suites de couches, ils peuvent dépendre de causes étrangères à la puerpéralité; être sous la dépendance d'intoxication, d'excès alcooliques par exemple; ressortir d'une infection due à une maladie infectieuse; dans l'observation 7, c'est à la suite d'une congestion pulmonaire que la malade est atteinte de confusion mentale, au cours du septième mois de sa grossesse.

Une maladie bien déterminée: P. G., chorée, épilepsie, etc., peut être la cause de troubles mentaux; dans tous les cas, l'existence de symptômes somatiques indiquera nettement l'origine de la vésanie. Ayant ainsi déblayé le terrain, les psychoses que nous allons étudier présentent des rapports étiologiques variables avec la puerpéralité. Les troubles mentaux peuvent être occasionnés ou révélés par elle, ou même n'avoir qu'un simple rapport de coexistence dans le temps; il ne faut pas oublier que l'espace de temps qui s'écoule entre la fécondation et le sevrage comprend neuf mois de grossesse et en moyenne douze mois d'allaitement pour la nourrice; si une femme est appelée à avoir plusieurs enfants, on voit l'importance prise par la puerpéralité dans la vie féminine. En se plaçant simplement au point de vue des probabilités, il y a un certain nombre de chances pour que, si une dégénérée doit présenter un accès maniaque, il coïncide avec la puerpéralité, si la femme est une grande multipare qui allaite tous ses enfants.

Pour que les troubles mentaux se manifestent, il faut,

d'une part, une certaine fragilité des cellules nerveuses, c'est-à-dire une prédisposition; d'autre part, l'influence d'une intoxication ou d'une infection. Ces deux causes peuvent se combiner à des degrés variables; si on considère les cas extrêmes, d'un côté la prédisposition sera tout, la puerpéralité une cause banale, accessoire, qui ne fera que révéler une psychopathie existant déjà en état de puissance (Obs. 14, 23, 42); à l'autre extrémité de la série se trouvent les troubles mentaux éclatant chez une femme n'ayant aucun antécédent héréditaire ni personnel, mais en proie à une intoxication ou à une infection intense; la prédisposition, si elle existe, est reléguée au second plan, l'intervention d'une complication de la puerpéralité est prépondérante.

A côté de ces quelques cas types, se trouvent la grande majorité des faits dans lesquels il est souvent difficile de faire la part de ce qui revient à la prédisposition et à la puerpéralité.

Nous appellerons psychoses puerpérales: les troubles mentaux survenant au cours de la grossesse, du travail ou de la lactation, et occasionnés par eux.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Prédisposition

Avec la plupart des auteurs nous estimons que, pour que la folie éclate au cours de la puérpéralité, il est nécessaire, dans l'immense majorité des cas, que deux conditions se trouvent réunies : d'une part, une certaine fragilité du système nerveux, résultant d'une prédisposition héréditaire ou acquise; d'autre part, d'une cause dépendant de la puérpéralité ou d'une de ses complications.

Lorsqu'un organisme subit l'influence d'une cause morbide quelconque, c'est l'organe le plus déchu, le plus taré qui constituera le point de moindre résistance, qui se laissera le premier atteindre et entamer, qui succombera le premier.

Différentes personnes répondront à une même intoxication, à une même infection d'une façon diverse, suivant l'organe déficient qui manifestera sa souffrance. La syphilis à la période tertiaire, par exemple, se localisera chez l'un sur le foie, chez l'autre sur le rein; un troisième sera atteint dans son système nerveux, suivant le lieu de moindre résistance; il se traduira par des symptômes

hépatiques et rénaux chez les deux premiers, par un tabès chez le troisième. De même l'intoxication gravidique pourra produire des vomissements incoercibles, de l'éclampsie ou des troubles mentaux.

Si tous les prédisposés ne délirent pas, il n'en est pas moins vrai qu'ils ont une tendance à présenter des troubles psychiques, sous l'influence d'une cause morbide quelconque.

Peut-on constater une psychose puerpérale sans prédisposition? Il nous semble que oui, dans certains cas rares.

Un malade qui, au cours d'une maladie infectieuse grave, typhoïde, scarlatine, présente un délire passager, alors que la température a dépassé 40°, n'est pas forcément un prédisposé.

Une cause puissante, agissant brusquement, peut troubler les centres nerveux dans leur fonctionnement sans qu'ils aient été préparés antérieurement. Une infection grave du post-partum, une intoxication gravidique mettant en danger les jours de la mère, seront susceptibles d'agir de même.

Dans l'immense majorité des cas, ne délire pas qui veut, il faut un terrain spécial; nous étudierons successivement la prédisposition héréditaire et acquise.

L'hérédité, dit Le Gendre, est la transmission à l'être procréé des caractères, attributs et propriétés de l'être procréateur. Si le mécanisme de cette transmission nous est encore bien obscur, son rôle est nettement démontré, particulièrement en ce qui concerne les affections mentales; tous les auteurs s'accordent à reconnaître son influence; mais, quand il s'agit de la chiffrer, les divergences apparaissent; c'est ainsi que, pour Hutchinson,

22 % des maladies mentales sont héréditaires; tandis que Bruscoé donne le chiffre beaucoup plus élevé de 90 %.

L'hérédité peut être directe, les descendants héritent des caractères pathologiques de leurs ascendants; elle peut être, dans ces cas soit similaire: les manifestations mentales du procréateur et de l'enfant étant superposables; soit dissemblable, comme dans l'observation 14: le père s'est suicidé sous l'influence d'un délire de persécution, la mère a été internée pour manie et la fille présente de la confusion mentale au cours du quatrième mois de la lactation; d'une façon générale, on observe beaucoup plus souvent l'hérédité dissemblable que l'hérédité similaire. L'hérédité consanguine a été incriminée; elle n'agit pas si les deux conjoints sont sains, mais elle tend à porter au carré la tare si elle existe (Paul Best).

Hérédité ancestrale :

Dans de nombreux cas, l'hérédité peut sauter une ou plusieurs générations et se révéler inopinément chez un des descendants. Dans l'observation 23, la grand'mère est morte aliénée, la tare a épargné les parents et ne se manifeste que chez les enfants: une sœur retombée en enfance et notre malade, qui présente une impulsion au cours du quatrième mois de la lactation.

A côté de l'hérédité, il faut noter de nombreuses causes qui, agissant soit sur le germe, le fœtus ou l'enfant, peuvent créer une prédisposition. L'intoxication chronique des parents (Obs. 32, 22), leur état au moment de la conception (alcoolisme), sont susceptibles de produire des anomalies physiques et psychiques chez les descendants (expérience de Féré).

Les intoxications, les maladies graves de la mère pendant sa gestation ont été incriminées; les maladies de l'enfance sont encore fréquemment la cause d'une prédisposition; la fièvre typhoïde, les maladies infectieuses qui s'accompagnent de convulsions, la syphilis héréditaire, les méningites aiguës qui laissent souvent des séquelles: faiblesse intellectuelle, déséquilibre mental. La prédisposition peut être acquise au cours de l'âge adulte; nous voulons mentionner toutes les intoxications professionnelles ou volontaires, et en particulier celles qui, ayant une action élective sur le système nerveux, le rendent plus fragile; les maladies chroniques débilitantes, en épuisant l'organisme, sont encore des causes favorisantes.

Quelle que soit l'origine de la prédisposition, qu'elle soit héréditaire ou acquise, elle peut être manifeste ou latente.

Dans le second cas, l'influence de la prédisposition ne se traduit par rien de net avant l'apparition des troubles mentaux; tout au plus, quelques modifications du caractère, une certaine instabilité d'humeur, une vive sensibilité pourront faire donner à la femme l'épithète de « nerveuse » par son entourage, comme nous le voyons dans un certain nombre de nos observations. Quelques femmes, au cours de leur grossesse, présentent, avant l'apparition du délire, des modifications de caractères dépassant la moyenne des faits du même ordre que l'on observe si souvent chez la femme enceinte (Obs. 37); dans le premier cas, les malformations physiques sont fréquentes (Obs. 45): asymétrie crânienne, faciale, oreille s'écartant du type normal, etc.

Ces prédisposées présentent un état mental particulier qui les fait reconnaître même par les profanes, état

mental caractérisé par un défaut d'équilibre; ce sont des « originales », des « détraquées ».

Si nous avons insisté sur la prédisposition, son origine, la façon dont elle se manifeste c'est qu'il est important de déterminer son rôle dans l'étiologie des psychoses puerpérales.

Intoxication ou infection d'une part, prédisposition de l'autre, combinées en proportions variables, nous expliquent la genèse des troubles vésaniques. Or il importe de distinguer les cas où la puerpéralité ne joue qu'un rôle très effacé, le rôle d'une cause banale où la dégénérescence mentale est tout. L'histoire de la malade et de ses antécédents sera impuissante souvent à nous montrer la genèse de cette prédisposition; les antécédents héréditaires auront été ou sembleront normaux, aucune cause dans l'enfance ne pourra être incriminée, et pourtant elle se traduira d'une façon manifeste par les caractères du délire, l'évolution de la maladie, et souvent la signature sera donnée par la descendance.

Névroses et folies puerpérales :

Mentionnons tout d'abord la prédisposition pour les descendants, dont les parents ont été atteints de névrose (hérédité dissemblable) [Obs. 37].

L'hystérie, maladie psychique suivant Charcot, puisque les troubles qui la caractérisent sont susceptibles d'apparaître et de disparaître avec la suggestion, prédispose à la folie puerpérale. Nous ne ferons que mentionner l'état mental particulier des hystériques, le délire que peuvent présenter ces malades, associé à des crises convulsives ou les remplaçant à titre d'équivalent psychique.

A côté de ces faits, on voit fréquemment survenir des crises d'excitation maniaque ou des troubles mélancoliques chez les hystériques. La puerpéralité avec ses complications favorise l'éclosion de ces troubles vésaniques.

Dans l'observation 24^e, une primipare de vingt-deux ans, ayant antérieurement présenté des crises d'hystérie, fait de la manie aiguë quinze jours après l'accouchement, à la suite d'un léger état toxi-infectieux, vraisemblablement dû à une infection atténuée d'origine utérine.

Epilepsie :

Le syndrome épilepsie est en relation avec des altérations du système nerveux ; les lésions peuvent être organiques ou au contraire fonctionnelles.

Nous n'avons pas à envisager les diverses manifestations mentales présentées par les épileptiques : troubles pré ou post-paroxystiques, équivalents psychiques remplaçant les crises convulsives, les fugues, etc.

Nous signalerons simplement le fait qui nous a été rapporté par le docteur Lalanne : une épileptique qui avait des crises convulsives nettes, ne présentait pendant sa grossesse que des équivalents psychiques.

Certaines femmes ont eu des crises convulsives dans l'enfance qui ont disparu à un moment donné, témoignant ainsi d'une perturbation passagère des centres nerveux, qui constituera une prédisposition pour l'éclosion des troubles mentaux à l'occasion de la puerpéralité. Sur quarante-six observations, la prédisposition héréditaire est mentionnée douze fois (hérédité directe trois fois, indirecte neuf fois) ; dans six observations, il existe une prédisposition personnelle. Il convient de remarquer que, dans dix

de nos observations, les antécédents héréditaires sont inconnus et que, d'autre part, souvent les familles cachent des tares au médecin ou ignorent l'état de santé de certains de leurs membres.

Facteurs sociaux et moraux

La plupart des auteurs insistent sur l'influence des causes sociales. Esquirol avait déjà noté une plus grande fréquence pendant la grossesse « chez les riches oisives à existence mouvementée »; au contraire, pendant la lactation, c'est dans la classe ouvrière que les psychoses seraient plus fréquentes.

Le nombre des filles-mères serait relativement plus élevé que celui des femmes ayant une existence régulière. Nous n'avons personnellement que deux observations sur quarante-six, ce qui nous semble contraire à cette façon de voir.

Ces causes sociales agissent, il est facile de le concevoir, en favorisant soit l'intoxication gravidique, soit l'épuisement dû à la lactation, ou par l'intermédiaire du chagrin ou du choc moral. Dans trois de nos observations, nous trouvons à l'origine du délire une émotion vive.

Les chagrins, le choc moral entraînent une suractivité fonctionnelle du cerveau, une sorte de surmenage local qui peut favoriser, en diminuant sa résistance, l'action d'autres influences; d'autre part, les causes morales retentissent sur la vie organique; ce sont des faits qui sont connus depuis fort longtemps: le lait de la mère, en proie à des chagrins, peut devenir nocif pour le nourrisson et amener chez lui des troubles digestifs.

Il ne faudrait pas pourtant exagérer le rôle de ces facteurs; mais, chez une héréditaire intoxiquée ou infectée, le choc moral peut être la goutte qui fait déborder le vase; il déclenche les troubles psychiques.

Dans l'observation 19, une femme présente des vomissements graves, puis incoercibles. L'avortement thérapeutique est pratiqué; les suites sont absolument normales. Quinze jours après l'expulsion de l'œuf, c'est à la suite d'un traumatisme moral qu'éclate un délire qui dure quelques heures.

L'émotion vive a été l'occasion du délire en agissant sur un terrain nerveux et préalablement intoxiqué.

Intoxication

Nous étudierons tout d'abord brièvement l'intoxication gravidique, sa naissance, son développement, son rôle dans la pathogénie des troubles mentaux qui en dépendent, et comment ces derniers peuvent alterner ou se substituer à d'autres manifestations morbides : éclampsie, polynévrite, vomissements incoercibles relevant de la même cause, c'est-à-dire de l'auto-intoxication gravidique.

Cette dernière, chez la femme enceinte, est nettement démontrée par la diminution de la toxicité urinaire et l'augmentation parallèle de la toxicité du sérum sanguin ; elle dépend de plusieurs causes :

1^o Chez la femme gravide, étant donné la nécessité de pourvoir aux besoins vitaux et à l'accroissement du fœtus, la nutrition est plus active, les déchets sont plus abondants, les organes éliminateurs ou destructeurs des poisons, comme le rein, le foie et certaines glandes à sécrétion interne, qui pouvaient suffire largement à leur tâche avant la grossesse, pourront devenir insuffisants. Si les poisons résultant de la désassimilation ne sont pas éliminés, ils resteront dans le milieu sanguin et constitueront la source de l'intoxication.

2^o A côté de cette hyperproduction de substances toxiques, il faut mentionner les causes relevant de troubles mécaniques, dus au développement de l'utérus gravide dans la cavité abdominale. La constipation, si fréquente chez la femme au cours de sa grossesse, quelle qu'en soit la cause : compression ou atonie intestinale, entraîne la

stase des matières fécales dans le gros intestin et, comme conséquence, une résorption de produits toxiques; la congestion de l'appareil urinaire, les modifications causées par le développement de l'utérus du côté des urctères, constituent pour les reins une prédisposition pour une déficience possible.

3° La ménorrhémie.

Les règles sont pour l'organisme le moyen de se débarrasser de certaines substances nuisibles; le sang des menstrues est plus toxique que celui qui est pris dans une veine par saignée; l'absence des règles pendant la grossesse, déclare le professeur Pinard, constitue une rétention organique qui exige, comme compensation, une intégrité absolue des autres émonctoires.

4° L'œuf lui-même est une source d'intoxication, comme le prouve la réaction d'Abderhalden: présence dans le sang maternel d'un anti-corps spécifique de la villo-toxine; Weichardt, d'autre part, a montré que l'extrait placentaire, injecté dans les veines des animaux, produit chez ces derniers des accidents convulsifs.

Cette intoxication physiologique est contrebalancée en partie par le développement de certains organes qui seront chargés de neutraliser les poisons circulants; c'est ainsi que la portion corticale des capsules surrénales augmente de volume pendant la grossesse; avec le corps jaune gestatif, elles déversent dans le torrent circulatoire des lipoides dont le rôle est nettement antitoxique.

Si l'organisme maternel, au cours de certaines grossesses, semble tirer des avantages de la gestation, c'est que, dans ces cas, les organes de défense suffisent à leur tâche;

mais que l'un d'eux vienne à faiblir, soit qu'ayant été antérieurement malade, soit que fragile congénitalement, voici la porte ouverte à l'intoxication; nous passons de la physiologie dans la pathologie.

Le foie est-il déficient, incapable de neutraliser ou de fixer en totalité les substances nocives, celles-ci devront être éliminées par le rein; ce dernier organe, surmené, sera lésé bientôt à son tour par les poisons dont il était chargé de débarrasser l'organisme; la rétention des substances toxiques dans le milieu sanguin tend à s'accroître. Est-ce le rein qui faiblit le premier, ce sera bientôt le foie qui deviendra insuffisant pour assurer sa lourde tâche.

Que le point de départ de l'intoxication soit rénal, hépatique ou gastro-intestinal, celle-ci se traduira dans les cas graves par différents symptômes, tels que : vomissements incoercibles, éclampsie. Chez une femme dont le système nerveux est fragile, on pourra avoir des troubles mentaux, associés ou non à de la polynévrite.

L'auto-intoxication peut agir sur les cellules nerveuses de différentes façons, comme l'ont montré Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine, soit par les modifications du milieu sanguin qui baigne ces cellules, ces dernières sont troublées dans leur nutrition et présentent d'autre part une certaine affinité pour la fixation des substances toxiques; soit par action vaso-motrice il se produirait de la congestion ou de l'ischémie dans certains territoires de l'écorce.

Toutes les causes rendant une grossesse plus toxique sont favorisantes pour l'éclosion des troubles mentaux.

La primiparité :

C'est un fait d'observation courante de voir des femmes

qui ont eu une première gestation difficile, avec de nombreux troubles dits sympathiques, tolérées beaucoup mieux les suivantes; il semble que, dans ces cas, il y ait une véritable adaptation à la fonction, les organes éliminateurs et les organes de défense sont mieux préparés pour la lutte qu'ils auront à soutenir: de même chez les femmes qui ont présenté de l'albuminurie au cours d'une première grossesse, il est fréquent de ne rien noter de pathologique au cours des grossesses ultérieures.

D'une façon générale, on peut donc dire que la primiparité prédispose à l'auto-intoxication gravidique.

Sur neuf observations de femmes ayant présenté des troubles mentaux dus à l'intoxication, six sont des primipares.

Le gros œuf, la grossesse multiple :

Il est évident que, dans ces deux cas, la grossesse est plus toxique; les échanges nutritifs entre la mère et le produit de conception sont plus considérables, ainsi que la toxémie villeuse; c'est dans ces cas aussi que l'utérus gravide aura le plus de chance de retentir d'une façon malencontreuse sur le fonctionnement rénal ou intestinal. L'intoxication, dans les observations 8 et 37, s'est manifestée chez des gemellaires (deux observations sur neuf).

Certains auteurs, et en particulier Marcé, ont incriminé le sexe de l'enfant. On rencontrerait plus d'enfants du sexe masculin à l'accouchement des femmes chez lesquelles se sont manifestés des troubles mentaux; peut être, si cette influence du sexe existe, pourrait-on la rattacher à une grossesse plus toxique.

Nous étudierons en premier lieu les cas les plus nets,

c'est-à-dire ceux où l'intoxication grave de l'organisme maternel se traduit à la fois par une psychose et par des manifestations morbides bien connues; nous envisagerons successivement :

- 1^o *Psychose et éclampsie;*
- 2^o *Psychose et vomissements incoercibles;*
- 3^o *Psychose et polynévrile.*

Psychose et éclampsie :

Dans les observations 6 et 16, il s'agit de deux primipares âgées d'une vingtaine d'années, qui ont présenté toutes deux de l'albumine en quantité notable pendant la grossesse, qui ont eu des crises d'éclampsie au moment du travail, puis des troubles mentaux.

Nous prendrons comme type l'observation 16 : c'est une défaillance brusque du rein qui annonce l'intoxication; l'accouchement prématuré s'en suit, conséquence de l'albuminurie et, comme témoignage de l'imprégnation toxique de l'organisme, des crises éclamptiques apparaissent au moment de l'expulsion du fœtus; les crises durent cinq jours, tout rentre dans l'ordre, la durèse est abondante, l'albumine disparaît presque complètement. Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est que l'apparition des troubles mentaux coïncide avec une albuminurie massive, que l'on voit survenir brusquement. A chaque paroxysme de l'intoxication, les centres nerveux ont manifesté leur perturbation fonctionnelle d'une façon différente, une première fois par des convulsions toniques et cloniques, une seconde fois par des troubles psychiques.

Mentionnons aussi l'accélération du pouls, que nous

retrouverons si fréquemment chaque fois que l'organisme est fortement intoxiqué au cours de la grossesse.

L'éclampsie étant surtout fréquente au moment du travail, le délire post-éclaptique s'observe le plus souvent après l'accouchement : 12 fois sur 15 pour Lallier, 31 fois sur 37 pour Senleck. Le début est généralement précoce (deux jours, Obs. 6); il éclate le plus souvent de deux à quatre jours après la cessation des attaques. Lorsqu'aux attaques d'éclampsie succède le coma, le délire peut survenir immédiatement après (Obs. 6); quelquefois il s'écoule plusieurs jours. D'une façon générale, c'est dans les huit jours qui suivent l'accouchement que débute le plus souvent la psychose post-éclaptique; elle affecte le type du délire hallucinatoire, plus rarement celui de la confusion mentale; le type maniaque (Obs. 6) est tout à fait l'exception. Il existe toujours, même lorsque le délire a été de très courte durée, une amnésie rétrograde transitoire: la femme ignore qu'elle vient d'accoucher.

Psychoses et vomissements incoercibles:

Dans deux observations, l'atteinte de l'organisme maternel s'est traduite par des vomissements graves, puis incoercibles; vomissements dont le caractère est nettement toxique et que l'on rencontre le plus souvent dans les cas où le foie est déficient (hépato-toxémie de Pinard). Sous l'influence de l'intoxication et, d'autre part, étant donné l'entrave apportée à l'alimentation, la femme s'amaigrit, son état général périclité, et celui-ci peut être atteint de telle façon que la vie de la mère soit en danger.

C'est dans ces cas (Obs. 19) que l'avortement thérapeutique est nécessaire, avortement que l'on pratique lorsque

le nombre des pulsations par minute s'élève à plus de 100. Dans l'observation 18, on discute l'indication de l'intervention; elle est indiquée d'après les données classiques, si on observe l'expectative, et à juste raison puisque les symptômes menaçants s'amendent dans la suite. c'est que l'état général de la femme se trouve dans un état relativement satisfaisant et, d'autre part, la femme se trouve dans une Maternité où elle est l'objet d'une surveillance constante; à la moindre alarme, on pourra intervenir de suite.

Dans ces deux observations, après la cessation ou la diminution des vomissements, sous l'influence d'une thérapeutique active dans l'une, du régime hypotoxique dans l'autre, on voit survenir des troubles mentaux.

L'organisme maternel réagit successivement de deux façons différentes; après la réaction défensive de l'appareil digestif, c'est le système nerveux qui est atteint.

Psychose et polynévrite :

On peut voir des phénomènes névritiques, liés à des troubles mentaux, survenir au cours de la grossesse; ce syndrome, décrit pour la première fois par Charcot et isolé ensuite par Korsakoff, n'est pas particulier à l'état puerpéral; mais, à la base de son étiologie, se trouve toujours une cause toxique ou infectieuse. Nous avons, dans nos observations, deux cas de ce genre. Si l'un (Obs. 5) peut prêter matière à discussion, l'autre est particulièrement net (Obs. 18).

Nous trouvons une intoxication grave de l'organisme (Obs. 18) se traduisant par des vomissements incoercibles qui ont été jusqu'à mettre la vie de la femme en danger;

c'est une déficience du rein (Obs. 5) au cours de la grossesse qui se manifeste par de l'albumine et une rétention chlorurée et azotée.

L'existence des troubles polynévritiques se traduit cliniquement par des troubles moteurs, sensitifs et trophiques. La paralysie frappe le plus souvent les muscles des membres inférieurs (Obs. 18) et prédomine sur les extenseurs; les muscles de la racine du membre sont moins atteints que ceux des extrémités. Si les quatre membres présentent des troubles névritiques, ce sont les deux membres inférieurs qui sont le plus touchés, la malade marche en steppant, la station debout peut devenir impossible (Obs. 18); la malade est immobilisée au lit, les mouvements des bras et des mains sont hésitants, maladroits, incoordonnés; la paralysie peut gagner les muscles du tronc, le sujet est alors incapable d'aucun mouvement. A la face on peut observer, mais rarement, soit une paralysie faciale, soit du strabisme dû à la paralysie d'un oculo-moteur. Jamais on n'a noté de perturbation dans la musculature interne des yeux, l'Argyll Roberston n'existe pas, ce qui pourra trancher le diagnostic entre un tabès survenant au cours de la grossesse et la polynévrite. Les réflexes tendineux peuvent être exagérés au début (Obs. 5, 18); on peut avoir de la trépidation épileptoïde (Obs. 18) indiquant que l'intoxication n'a pas agi seulement sur les nerfs périphériques, mais a intéressé aussi la moëlle; il existe des douleurs spontanées et provoquées à la pression des masses musculaires (Obs. 5).

Les troubles trophiques: modifications sudorales, cyanose, cedème, sont en général peu marqués et, lorsqu'ils se manifestent, ce n'est qu'assez tardivement après le début de l'affection. Les troubles mentaux présentent certains

caractères qui leur donnent une physionomie bien spéciale, particulière au syndrome de Korsakoff.

Le délire peut exister, mais il est relativement rare; le plus souvent il revêt le type onirique. Les illusions sont relativement fréquentes, les hallucinations sont l'exception, l'amnésie est beaucoup plus caractéristique; c'est une amnésie de fixation; alors que les faits anciens sont bien conservés et peuvent être évoqués facilement, les faits récents ne se fixent pas ou se fixent mal, mais dans ce cas ne peuvent pas être évoqués; la malade les oublie au fur et à mesure de leur production. Certaines malades ne se rappellent plus depuis combien de temps elles sont souffrantes, ne se rappellent plus de ce qu'elles ont mangé; souvent même, oubliant qu'elles viennent de manger, elles réclament leur repas. Dans l'observation 5, la malade appelait son mari, qui était près d'elle; elle cherchait quelque chose qu'elle tenait à la main. Si on leur pose des questions, pour ne pas être à court elles inventent avec facilité un récit plausible, qu'elles débitent de l'air le plus naturel du monde (fabulation); dans l'observation 5, la malade racontait qu'elle avait été la veille au théâtre, qu'elle s'était bien amusée; elle donnait même des détails sur la pièce et sur les gens qu'elle avait rencontrés. Son récit était logique, se tenait bien et avait toutes les apparences de la réalité.

En général, les malades sont gaies et se trouvent dans un état d'euphorie rappelant la « moria » que l'on trouve dans les tumeurs cérébrales.

Auto-intoxication gravidique de moyenne ou de légère

intensité, mais se traduisant par des symptômes cliniques nets (cinq observations sur quarante-six):

Nous allons étudier les psychoses dues à une auto-intoxication beaucoup moins grave; nous n'aurons pas une symptomatologie aussi riche et aussi variée que dans les cas précédents; si dans certains cas des troubles fonctionnels ou des symptômes objectifs attirent l'attention du médecin: œdème, céphalée, troubles visuels, le plus souvent c'est l'examen systématique des urines, pratiqué régulièrement au cours de la grossesse, qui montre la présence d'albumine dans les urines.

Dans l'observation 12; des troubles mentaux transitoires se sont montrés au cours de la cinquième grossesse; la femme présente de l'œdème des membres inférieurs et il existe de l'albumine dans les urines.

Chez une gemellaire (Obs. 8) qui accouche à terme, un délire se manifeste dix jours après l'accouchement; les suites de couche sont normales, apyrétiques; l'analyse des urines, pratiquée au moment de l'apparition du délire, décèle une quantité notable d'albumine.

C'est trois jours après un accouchement légèrement prématuré que se développe chez une femme un état confusionnel; l'apyrexie est complète. L'intoxication de l'organisme se traduit par une accélération du pouls (140). Au cours du huitième mois de grossesse, la femme avait présenté une albuminurie notable, qui a disparu à la suite d'un régime hypotoxique (Obs. 17). De même, dans les observations 8 et 9 les troubles psychiques se sont développés sur un terrain intoxiqué.

Il résulte, de tous ces faits, qu'un certain nombre de

femmes qui délirent au cours de la grossesse, pendant le travail ou quelques jours après l'accouchement, ont été intoxiquées d'une façon assez intense pendant leur grossesse. L'intoxication s'est manifestée quelquefois par des symptômes objectifs ou fonctionnels; dans tous les cas, celle-ci s'est traduite par la déficience du rein; si l'intoxication a été seule en cause (Obs. 16), dans d'autres observations elle a favorisé l'action d'autres facteurs étiologiques : travail (Obs. 10), traumatisme moral (Obs. 9).

Jusqu'à présent, dans les faits que nous avons envisagés, l'intoxication de l'organisme maternel se traduisait d'une façon manifeste; il est des cas (Obs. 21) où la grossesse n'est marquée par aucune particularité; les phénomènes sympathiques qui traduisent l'auto-intoxication gravidique ne sont pas plus accentués que dans la moyenne des cas, et cependant des troubles mentaux éclatent.

Par analogie avec ce que nous avons vu dans les intoxications graves et dans les intoxications de moyenne intensité, il semble légitime d'admettre que les modifications subies par l'organisme maternel suffisent pour révéler une vésanie qui existait en puissance chez la femme gravide.

Psychoses et sécrétions internes

En outre du rôle antitoxique que jouent certaines de ces glandes, par l'intermédiaire des lipoides qu'elles déversent dans le milieu sanguin, de nombreux cliniciens ont incriminé l'ovaire en particulier comme une des causes pouvant expliquer l'apparition des troubles psychiques pendant la grossesse. Il est indéniable que si on envisage les troubles mentaux survenant chez la femme, nombreux sont ceux qui paraissent liés avec des modifications de la fonction ovarienne : manifestations mentales survenant chez la jeune fille à l'occasion de la puberté (Obs. 33); chez la femme, au moment de la ménopause; excitation maniaque survenant à chaque période menstruelle; troubles psychiques débutant au moment où les règles devraient normalement apparaître et cessant avec le retour régulier de la menstruation.

Pendant la grossesse, nous n'avons aucun élément nous permettant de dire qu'il existe, à un moment donné, un trouble de la fonction; si on incrimine l'ovaire, c'est surtout en raisonnant par analogie, et on peut conclure avec Laignel-Lavastine que si cet organe joue un rôle dans les psychoses puerpérales, on peut le supposer, mais non pas l'affirmer.

De même, on a écrit : Les parathyroïdes étant susceptibles de jouer un rôle dans la production de l'éclampsie, seraient peut-être la cause des troubles mentaux post-éclamptiques; on peut conclure à la possibilité de ce mécanisme pathogénique, mais on ne peut le démontrer. Un certain nombre d'observations de psychoses puerpérales,

survenant chez des femmes atteintes de goitre exophtalmique ou de myxœdème, ont été publiées. Est-ce une simple coïncidence? ou la perturbation de la glande thyroïde est-elle une cause prédisposante?

Nous pensons que, dans ces cas, c'est par l'intermédiaire des troubles mentaux élémentaires, que l'on rencontre si souvent chez ces malades, que le goitre exophtalmique ou le myxœdème constitue une prédisposition.

Nous pourrions dire de même pour l'insuffisance surrénale, l'aboulie, l'asthénie, la tristesse qui, constituant les stigmates psychiques de l'addisonnisme, sont un terrain favorable pour le développement d'une psychose puerpérale.

Accouchement. — Délivrance

L'accouchement et la délivrance, lorsqu'ils présentent des incidents dans leurs différents temps, sont susceptibles de déterminer l'apparition des troubles mentaux; mais, dans la plupart des cas, ils ne constituent qu'une cause favorisante.

Le docteur Lévy, dans la *Revue de la Suisse romande*, 1911, rapporte l'observation suivante: « Une femme est en travail depuis trente-six heures; la tête stationne sur le perinée depuis huit heures, malgré les contractions utérines qui sont bonnes et les efforts d'expulsion de la parturiente. Épuisée, elle se met à divaguer, à chanter, à pousser des éclats de rire malgré les douleurs de l'accouchement. On termine par une application de forceps, et on fait la délivrance artificielle. Une demi-heure après, la femme se réveille; toute trace d'excitation cérébrale a disparu ».

Cette observation, très nette, montre bien qu'un accouchement présentant certaines particularités est susceptible de déterminer des troubles psychiques passagers.

Dans notre observation 10, la malade, qui a présenté au cours de sa grossesse certaines bizarreries de caractère, ne sait plus ce qu'elle fait et se met à chanter au cours de la période d'expulsion. Dans l'observation 11 il existe une aggravation des troubles mentaux au cours de l'accouchement.

Nous allons envisager quelles sont les particularités, dans les différents temps de l'accouchement, qui sont susceptibles de créer ces manifestations psychiques et essayer d'en esquisser la pathogénie.

Dans toutes les observations, nous trouvons une augmentation de la durée du travail, portant surtout sur la période d'expulsion; les contractions utérines sont régulières, efficaces, la femme pousse bien. Le moteur étant bon, les conditions qui retardent la sortie du fœtus relèvent, soit de la filière, soit du mobile. Nous ne signalerons pas toutes les causes de dystocies fœtales ou maternelles; nous indiquerons simplement: la primiparité par la résistance des parties molles, le gros enfant, certaines positions de la tête: occipito-sacré (Obs. 15). Comment peut agir la longueur du travail dans la production de troubles psychiques?

Tout d'abord, à côté de ces manifestations vésaniques rares, on observe souvent au moment de l'accouchement certaines modifications dans l'état de la parturiente, manifestations qui établissent, pour ainsi dire, un trait d'union entre un travail normal et un travail marqué par du délire.

Nous citerons le passage suivant, emprunté à Marcé: « Chaque douleur débute par un tremblement presque convulsif des membres, les yeux deviennent hagards, les traits se crispent, l'humeur s'altère et devient irritable, la malade n'a plus conscience de son état et de rien de ce qui l'entoure; exaspérée par la douleur, elle s'emporte contre le médecin qui l'assiste, le presse de terminer l'accouchement, l'accuse de cruauté, demande qu'on en finisse à tout prix, s'efforce elle-même, au moment où la tête va franchir l'orifice, de porter les mains sur le fœtus pour exercer des tractions sur lui; enfin elle se laisse aller en imprécations contre le mari, contre l'enfant qui est la cause de toutes ses souffrances, et pour lequel les sentiments maternels s'éveilleront seulement plus tard ».

La longueur du travail agit par l'épuisement nerveux et par l'intensité des douleurs. Il faut remarquer que ces deux facteurs ne sont que des causes occasionnelles, et que la constitution névropathique du sujet joue le principal rôle.

Il semble que, dans certains cas, on puisse incriminer une modification dans la circulation encéphalique. Les troubles mentaux qui surviennent au cours de l'accouchement rentrent dans la catégorie des délires transitoires, et Krafft-Ebing attribue ces derniers, pour une part tout au moins, aux changements brusques de la pression sanguine et de la répartition du sang. Lorsque la tête fœtale vient presser sur le rectum, sollicitant ainsi la femme à pousser, celle-ci, en contractant ses muscles abdominaux, en immobilisant son diaphragme, en s'arrêtant de respirer, provoque des perturbations dans la circulation du sang; les veines du cou se gonflent, la face se congestionne, il y a une gêne dans la circulation de retour du sang veineux tributaire de la tête et de la partie supérieure du thorax; lorsque la tête fœtale a des résistances à vaincre pour effectuer son mouvement de rotation ou pour se dégager au cours d'efforts d'expulsions violents et répétés, une congestion encéphalique passagère sera susceptible de se produire, les cellules cérébrales, troublées dans leur fonctionnement, amèneront un état d'excitation passagère, de la loquacité, une sorte de manie transitoire.

Les interventions obstétricales seront susceptibles, par l'état de shock traumatique qu'elles déterminent, de provoquer des troubles psychiques, de même qu'il existe des psychoses chirurgicales opératoires.

A côté de ces phénomènes de shock, il faut noter chez

certaines malades un état mental particulier, dû à l'appréhension de l'intervention à subir. Lorsque des troubles mentaux éclatent au moment de l'accouchement, il ne faut pas oublier que l'éthylisme pourrait être en cause, de même il faut éliminer une infection possible préexistante ou survenue au cours du travail.

Certains auteurs ont prétendu que, dans ces cas, l'infection existait toujours; nous ne pouvons mieux faire que de citer l'observation de Le Dentu, qui montrera qu'elle n'est pas nécessaire. Dans son rapport sur les psychoses chirurgicales, il cite l'observation d'une femme non albuminurique chez qui il a vu éclater un véritable délire pendant un accouchement *un peu long* et dont les organes génitaux n'avaient jamais été le siège d'aucune inflammation.

Dans deux de nos observations, différentes interventions ont eu lieu au moment de l'accouchement; le délire, qui a éclaté quelques jours après, est nettement d'origine infectieux; mais on peut admettre que l'organisme, atteint déjà par ces interventions, a succombé plus facilement sous l'influence de la cause déterminante: l'infection.

Comme nous le verrons dans la plupart des chapitres consacrés à l'étiologie, très souvent plusieurs causes se superposent ou agissent successivement pour créer le délire.

Ainsi (Obs. 1), chez une femme prédisposée à l'intoxication (gemellaire), on pratique successivement un forceps, une version par manœuvre interne, puis une délivrance artificielle. Cette femme entre à la Maternité quelques jours après pour infection puerpérale; ces différentes interventions ont favorisé l'infection et, d'autre part, en débilitant l'organisme (shock-hémorragie), elles ont favorisé l'action de celle-ci.

Infection

L'infection due à la puerpéralité se rencontre tout à fait exceptionnellement pendant la grossesse, les membranes intactes protégeant l'œuf contre l'action de tout germe pathogène; ce n'est que dans des cas rares que l'œuf ouvert, tendant à être expulsé, peut s'infecter. Aussi les psychoses puerpérales d'origine infectieuse ressortissent-elles toutes du post-partum, soit après un accouchement, soit après un avortement (Obs. 38).

L'infection peut être à point de départ génital ou à point de départ mammaire; nous envisagerons tout d'abord les délires liés à l'infection puerpérale. La plupart des facteurs que nous avons mentionnés dans le chapitre précédent, indépendamment du rôle propre qu'ils sont susceptibles de jouer, sont indirectement des causes de troubles vésaniques, dans ce sens qu'ils prédisposent à l'infection; c'est d'ailleurs ce que nous voyons dans certaines de nos observations.

La longueur du travail, surtout lorsque la poche des eaux s'est rompue précocement ou prématurément; les interventions obstétricales, quelles que soient les précautions d'asepsie prises, multiplient les chances de contamination: des microbes virulents sont plus facilement apportés; d'autre part, possibilité de lésions des parties maternelles; car, à côté des désordres visibles, il ne faut pas oublier que toute intervention s'accompagne de petites lésions minimes qui passent inaperçues, mais qui sont autant de portes d'entrée ouvertes à l'infection. Les

opérations obstétricales revêtiront encore un caractère plus dangereux lorsque la cavité ovulaire est déjà infectée.

Nous citerons encore, comme cause d'infection possible, la délivrance artificielle, au cours de laquelle la main de l'accoucheur entre en contact avec la plaie placentaire; les hémorragies du placenta-praevia; les sinus devenus béants, situés près de l'orifice du col, peuvent s'infecter facilement.

* * *

L'infection puerpérale présente un tableau clinique variable suivant sa date d'apparition, son intensité, suivant qu'elle présente ou non des symptômes de localisation. Nous considérerons les troubles mentaux dans leur rapport avec les différentes formes d'infection d'origine génitale.

Nous distinguerons :

1^o Les infections précoces survenant les deux ou trois premières semaines qui suivent l'accouchement, et se traduisant par des symptômes généraux et locaux nets ne permettant pas de les méconnaître;

2^o Les infections tardives latentes qui, pour être dépistées, doivent être recherchées systématiquement.

Infection précoce grave :

Nous avons plusieurs observations où le délire est apparu au cours d'une infection grave. Nous prendrons comme type l'observation 12.

Quatre jours après un accouchement n'ayant présenté aucune particularité, la femme ressent des maux de tête,

puis est prise de frissons; la température s'élève à 39°; le nombre des pulsations dépasse 110 par minute. La région utérine est sensible à la palpation; les lochies deviennent épaisses, mais ne présentent pas d'odeur. La température se maintient aux environs de 39°, puis monte à 40°; le poulx évolue parallèlement; on constate un empâtement sur le côté gauche de l'utérus, indiquant une lymphangite du ligament large. La femme est agitée (logorrhée abondante), et présente un état confusionnel assez accentué. Le délire est apparu le huitième jour et, fait intéressant, qui montre bien qu'il n'est pas lié à l'hyperthermie, c'est qu'il se produit à un moment où la fièvre a légèrement diminué.

Dans des cas analogues (Obs. 2, 11, 12, 20), qui se sont terminés par une issue fatale, la mort est survenue dans un délai de dix à vingt jours après l'accouchement.

A côté de ces formes à allure septicémique, la fièvre puerpérale peut revêtir le type pyohémique, dans lequel on assiste à la formation de foyers infectieux disséminés, d'origine métastatique; dans ces cas, il faudrait songer à la possibilité d'une lésion locale (méningite, abcès cérébral, encéphalite aiguë), capable de se surajouter à l'intoxication due à l'infection générale de l'organisme, pour déterminer des troubles vésaniques.

L'état général étant toujours gravement atteint, les symptômes locaux peuvent prédominer: salpingite avec pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, etc., et donner ainsi une physionomie particulière à l'infection puerpérale.

Dans certaines observations antérieurement publiées, les troubles mentaux se sont manifestés en même temps

qu'une propagation de l'infection des veines péri-utérines, aux veines du membre inférieur, donnant le tableau clinique d'une phlegmatia alba dolens.

Infection précoce de moyenne intensité :

Nous avons un certain nombre d'observations, dans lesquelles l'infection moins virulente ne s'accompagnait pas de symptômes si alarmants, où l'état général était peu gravement atteint et où un traitement institué précocement a enrayé facilement la marche de l'affection.

Dans l'observation 46, un très léger curetage et une injection intra-utérine, débarrassant l'utérus d'un liquide muco-purulent, sont suivis d'un abaissement progressif de la température, avec disparition des troubles psychiques; dans cette observation, l'évolution de la psychose puerpérale est parallèle à l'infection qui lui a donné naissance, montrant bien l'étroite dépendance qui les unit.

Dans l'observation 4, où il s'agit vraisemblablement d'une infection causée par une rétention lochiale, celle-ci cessant, les phénomènes infectieux s'amendent, tandis que la confusion mentale qu'ils ont provoquée persiste pendant trois mois.

Dans les observations 12 et 7, si l'infection provoque un trouble fonctionnel des cellules cérébrales, l'organisme maternel était préparé par une intoxication survenue au cours de la grossesse; il s'agit de cas mixte où les deux influences, agissant successivement, provoquent le délire, alors que peut-être chacune d'elles, agissant séparément, aurait été incapable de le faire.

Dans l'observation 15, le processus infectieux a lésé

les émonctoires, le rein en particulier, qui traduit sa souffrance en laissant filtrer l'albumine; dans ce cas, deux causes se surajoutent : intoxication directe par les poisons solubles d'origine microbienne, et intoxication à point de départ rénal; mais il convient de remarquer que, contrairement aux faits précédents, l'intoxication due au mauvais fonctionnement du rein est sous la dépendance de l'infection et non pas de la grossesse.

Infection légère précoce (Obs. 25 et 3) :

Une infection minime passagère, se traduisant simplement par une élévation thermique légère, coïncidant avec une accélération assez notable du pouls, peut être le point de départ de troubles psychiques; pour la déceler, il est souvent nécessaire que la température et le pouls aient été pris matin et soir, afin de montrer ces petites ondulations de la courbe thermométrique. Souvent les troubles fonctionnels sont peu marqués; ils peuvent même être absents.

La fièvre puerpérale peut donner un coup de fouet à des troubles mentaux préexistants; l'observation 11 est assez démonstrative. Nous voyons une série de causes amener une recrudescence des phénomènes morbides : grossesse, accouchement, infection.

Dans la majorité des cas, le délire apparaît au cours de l'infection (Obs. 23, 24, 26, 27, 46); plus rarement il la précède, ou tout au moins semble la précéder, car souvent, surtout en clientèle, les premières manifestations peuvent passer inaperçues (céphalée légère, quelques frissons, élévation thermique de un ou deux degrés, accélération du pouls).

Parfois c'est au moment de la convalescence, alors que tout semble rentrer dans l'ordre, qu'éclatent les troubles vésaniques (Obs. 13).

Infection légère, mais tardive :

Son rôle a été bien mis en relief par Privat de Fortuné; il a montré qu'un certain nombre de psychoses, dites de la lactation, relevaient de phénomènes infectieux à point de départ génital.

Il s'agit de femmes dont les suites de couches ont paru normales ou n'ont été marquées que par des accidents insignifiants, et qui, un ou plusieurs mois après leur accouchement, font de la folie puerpérale; leur état général n'est pas atteint; elles se présentent avec tous les aspects d'une bonne santé, et cependant si on examine systématiquement l'appareil génital, on trouve qu'il est plus ou moins lésé; les troubles fonctionnels sont peu marqués, parfois insignifiants; quelques douleurs dans la région hypogastrique, leucorrhée un peu abondante; la fonction menstruelle, lorsqu'elle s'est rétablie, est peu ou pas troublée. L'examen gynécologique montre des lésions utérines ou annexielles; le plus souvent, c'est un utéros gros avec un col entr'ouvert; son involution a été troublée par l'infection; d'autres fois, le toucher montre une masse juxta-utérine effaçant un des culs-de-sac et correspondant à des lésions inflammatoires tubaires avec réactions péritonéales.

Comment peut-on établir une relation entre les troubles mentaux et ces lésions génitales?

Il existe un premier fait : à savoir la fréquence des lésions des organes génitaux chez la femme présentant des troubles.

vésaniques au cours de l'allaitement. Ivanoff, sur 50 malades examinée au point de vue gynécologique, relate 33 cas où l'on trouvait des lésions infectieuses; Hobbes, sur 187 malades, en a trouvé 80 avec des lésions inflammatoires des organes pelviens, consécutives à une infection survenue après l'accouchement; sur 14 malades examinées par le docteur Piqué, 13 présentaient des lésions appréciables.

Un deuxième fait, bien mis en lumière par Privat de Fortunié, c'est l'influence heureuse du traitement local sur l'évolution de la psychose; la proportion de guérisons est d'autant plus élevée que le diagnostic a été posé plus tôt et que la thérapeutique a été plus précoce.

Dans ces cas, l'utérus infecté constitue une source de poisons pour l'organisme et une intoxication très légère dans son intensité, importante par sa durée, pourra déterminer des troubles mentaux chez une prédisposée.

Infection mammaire :

Les élévations de température, que l'on rencontre chez la femme récemment accouchée et qui allaite, sont souvent en relation avec l'inflammation de la glande mammaire; certains troubles mentaux se rattachent à cette étiologie.

A la faveur des crevasses ou des gerçures, des microbes virulents apportés par la bouche de l'enfant, ou dus à une propreté insuffisante, pourront déterminer des accidents inflammatoires variés : galactophorite, lymphangite et abcès du sein.

Les glandes mammaires sont exposées à des infections de degré variable pendant toute la durée de la lactation,

mais c'est surtout au début de l'allaitement qu'on observe cette complication; aussi les psychoses ressortissant de cette origine seront-elles plus fréquentes pendant le premier mois des suites de couches.

Dans l'observation 22, la femme a présenté des crevasses au niveau des mamelons, ses seins sont devenus douloureux, et elle a eu pendant deux jours une forte fièvre; puis tout est rentré dans l'ordre. Il s'agit très vraisemblablement d'une lymphangite du sein, affection fréquente, de peu de durée, et qui guérit le plus souvent sans complications. Coïncidant avec l'élévation de la température, la femme a présenté un état mental caractérisé par de la torpeur intellectuelle et des hallucinations.

Quelle que soit l'origine de l'infection, qu'elle soit génitale ou extra-génitale, par quel mécanisme détermine-t-elle des troubles mentaux? L'hyperthermie ne joue qu'un rôle insignifiant dans la production du délire. C'est la pénétration des microbes, et surtout de leur toxine, dans le sang, qui doit être incriminée. Dans quelques cas exceptionnels, l'action des agents infectieux est directe: ils se localisent sur le cerveau et sur ses enveloppes, amenant la production d'un abcès cérébral ou d'une méningo-encéphalite aiguë, par exemple. Dans la grande majorité des cas, c'est l'intoxication des neurones par les poisons solubles microbiens qui engendrent les perturbations des centres psychiques. Cette intoxication sera variable suivant son intensité, et sa durée intense et courte d'une façon générale, dans les manifestations infectieuses précoces des suites de couche; minime, mais de longue durée, dans l'infection légère et tardive qui se manifeste dans les mois qui suivent l'accouchement.

Indirectement, l'infection agit par les lésions dégénératives que subissent les émonctoires, amenant ainsi une intoxication, par rétention, de produits organique qui auraient dû être éliminés.

Epuisement. — Lactation

L'épuisement, qu'il soit dû à la lactation ou à des causes banales, est un facteur puissant dans l'étiologie des troubles mentaux.

Nous envisagerons d'abord l'épuisement survenant au cours de la puerpéralité, mais sans relation avec elle. Nous ne ferons que citer les maladies antérieures chroniques susceptibles de débilitier l'organisme, comme la syphilis ou la tuberculose; souvent l'épuisement est dû à la misère physiologique engendrée elle-même par les privations, la fatigue et le surmenage. C'est une cause adjuvante qui pourra exister aux différentes périodes de la puerpéralité et entrer en jeu aussi bien dans les psychoses de la grossesse que pour les psychoses du post-partum ou de la lactation.

Les privations, entraînant une nourriture insuffisante pour subvenir aux dépenses augmentées de l'organisme pendant la grossesse ou l'allaitement, provoqueront un état d'amaigrissement et d'anémie plus ou moins accentué; la nutrition des centres nerveux sera perturbé, et il est fréquent dans ces cas, comme l'a montré Potain, de voir s'établir un certain affaiblissement intellectuel, de la torpeur et même des hallucinations.

Dans le surmenage, la fatigue, les toxines résultant de la vie cellulaire augmentent, comme le montre l'étude du sang (Roger), des extraits musculaires (Gley), des urines (Bouchard); il en résulte une surproduction de produits toxiques et, par conséquent, des chances plus grandes d'intoxication pour l'organisme maternel. Ces conditions se

trouvant réalisées dans une certaine classe de la société, contribuent à expliquer, comme l'écrit le docteur Paris, la plus grande fréquence de la manie puerpérale dans les classes pauvres que dans les classes riches.

Les causes d'épuisement dépendant de la puerpéralité sont nombreuses; pendant la grossesse, on note une certaine anémie, le nombre des globules rouges diminue, l'hémoglobine du sang est moins abondante; les vomissements, par l'entrave qu'ils apportent à l'alimentation, peuvent affaiblir la femme d'une façon sérieuse, lorsqu'ils sont fréquents et durent quelque temps.

Nous ne ferons que citer, car ce sont des causes insignifiantes, la leucorrhée des femmes enceintes et certains cas de galactorrhée observées pendant la grossesse. Plus intéressante est l'anémie succédant aux hémorragies: celles-ci peuvent survenir pendant la grossesse ou au cours de la délivrance. Pendant la grossesse, elles seront liées le plus souvent à l'endométrite ou à l'albuminurie. Dans ce cas, intoxication et anémie se combinant pour amener la folie puerpérale, le placenta praevia (Obs. 44) peut causer des pertes sanguines extrêmement abondantes, surtout dans la deuxième partie de la gestation.

Dans notre observation, c'est trois semaines avant l'accouchement que la femme a commencé à avoir des hémorragies. La délivrance peut être aussi particulièrement sanglante, si le placenta se décolle irrégulièrement et que l'utérus, dans l'impossibilité de se contracter, ne puisse plus obturer des sinus, qui restent béants.

La lactation, surtout lorsqu'elle est prolongée au-delà des limites normales (14 mois, Obs. 14), constitue le principal facteur d'épuisement; la mère doit faire les frais de

la croissance de l'enfant en lui fournissant le lait nécessaire à son développement. Les cellules de la glande mammaire prennent, dans le milieu sanguin, les matériaux nécessaires (sucre, albumine, graisse) et les transforment en substance spécifique.

On peut se donner une idée de l'importance de la sécrétion lactée en comparant, par exemple, la valeur nutritive du lait consommé par le nourrisson à la ration alimentaire d'une femme normale, exprimée en calories. Prenons un nourrisson âgé d'un mois, qui prend huit têtées par jour en moyenne : il soustrait à sa mère 500 à 600 grammes de lait, représentant 350 à 375 calories ; or, la ration d'entretien d'une femme ne fournissant aucun travail est en moyenne de 2.200 calories. L'importance de la spoliation se chiffre par le sixième de ce qui est nécessaire à une femme adulte ne travaillant pas, pour subvenir à ses besoins en calories, à l'entretien des différentes fonctions organiques et à la régénération des tissus.

Plus l'enfant grandit, plus sa part devient considérable, et au moment du sevrage, lorsque le nourrisson consomme un litre de lait et même plus, c'est 7 à 800 calories qui lui sont nécessaires ; la proportion que nous avons établie précédemment passe du sixième au tiers. Plus l'enfant est grand, plus il consomme, plus les chances d'épuisement seront grandes pour la mère ; chez une prédisposée allaitant, n'ayant ni une bonne nourriture, ni une hygiène suffisante, les meilleures conditions sont réalisées pour l'éclosion de la folie puerpérale (Obs. 36).

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons très brièvement les formes les plus fréquentes des psychoses puerpérales.

Confusion mentale :

Elle se caractérise surtout par la confusion des idées, par l'impossibilité de les coordonner et aussi d'associer les sensations de façon à avoir une perception nette du monde extérieur; la malade qui est atteinte de confusion mentale est hagarde, a l'air étonné de quelqu'un qui cherche à comprendre sans y parvenir. Aux questions qui lui sont posées, elle répond lentement avec effort; souvent elle déclare qu'elle ne peut pas, qu'elle s'embrouille.

La malade est désorientée; souvent elle se trompe sur la qualité des personnes qui l'entourent; on note aussi un affaiblissement de la mémoire. Les hallucinations sont fréquentes; si la malade délire, c'est un délire mobile, changeant: délire onirique; en général, la femme assiste à des scènes terrifiantes, voit des incendies, des meurtres, etc. Des réactions violentes peuvent survenir

Nous avons dix-huit observations de confusion mentale se répartissant ainsi: trois pour les psychoses de la grossesse, onze pour les psychoses du post-partum et quatre pour celles de la lactation.

Manie :

Il existe une sorte de surexcitation des centres psychomoteurs affranchis du contrôle de la volonté. La malade a

un besoin immodéré de penser et d'agir, les associations d'idées se produisent avec une telle rapidité que les paroles n'arrivent plus à suivre la pensée, d'où bavardage incohérent. Les yeux brillants, la malade se trouve le plus souvent dans un état d'euphorie coupé de quelques explosions de colère. Elle est cependant présente au milieu, remarque fort bien tout ce qui se passe autour d'elle, contrairement à ce qui s'observe dans la confusion mentale.

Sur sept cas de manie, deux se sont produits au cours de la lactation, cinq relèvent du post-partum.

Mélancolie :

Elle est caractérisée avant tout par de la dépression, avec sentiment d'impuissance morale. La malade a une physionomie qui exprime l'angoisse; elle parle peu et à voix basse, quelquefois se confine dans un mutisme absolu. Son délire est toujours la répétition des mêmes plaintes monotones; ce sont des idées de culpabilité, d'indignité, de ruine.

Sur dix observations, la mélancolie est survenue neuf fois pendant la lactation, une fois au cours du post-partum (convalescence d'une fièvre puerpérale).

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

En présence d'une femme gravide qui présente des troubles psychiques, la première question à résoudre est de savoir si on se trouve en face d'une psychose puerpérale.

On éliminera d'abord les délires n'ayant aucun rapport avec la puerpéralité, dépendant d'une cause étiologique précise, infection : fièvre typhoïde, angine, rhumatisme, affections des voies respiratoires, etc.; d'une intoxication aiguë : éthylisme; d'une intoxication chronique habituelle : morphine, cocaïne, etc. Les symptômes de la maladie concomitante indiqueront nettement l'étiologie; chez une femme épileptique, présentant antérieurement à sa grossesse des crises convulsives, les équivalents psychiques seront facilement reconnus.

Nous allons envisager le diagnostic différentiel de la folie puerpérale avec certaines affections qui peuvent prêter à confusion, ainsi que le témoignent des observations antérieurement publiées; la chorée, chez la femme enceinte, peut débiter par des troubles mentaux où ces derniers peuvent être associés avec des troubles moteurs légers portant sur les extrémités; l'évolution de la maladie dans le premier cas, la constatation de petits mouvements incoordonnés des doigts et des mains dans le second, la notion d'une chorée antérieure seront les éléments du diagnostic.

La syphilis cérébrale peut évoluer sous forme de gommages ou de méningo-encéphalite diffuse; la paralysie générale,

lorsqu'elle s'accompagne du syndrome des cordons postérieurs, a pu simuler la psychose polynévritique; l'examen somatique, en tenant compte surtout des troubles de la parole, du tremblement des lèvres et de la langue, de l'Argyll-Roberston, qui ne se rencontre jamais dans le syndrome de Korsakoff; la notion d'une syphilis antérieure, les examens de laboratoire portant sur le liquide céphalo-rachidien donneront la certitude d'une syphilis cérébrale.

Le diagnostic de syndrome de Korsakoff a été porté chez une femme qui, à l'autopsie, présentait une gomme du frontal droit; à ce propos, nous envisagerons le diagnostic différentiel entre ce syndrome et les tumeurs cérébrales, car, dans cette observation, la gomme a joué le rôle d'une néoformation, d'une tumeur dans le sens le plus général du mot.

Cette femme, mariée deux fois, n'a jamais fait d'avortement; sur six enfants, quatre sont vivants et deux sont morts en bas-âge; l'un de méningite, l'autre d'affection inconnue.

Nous devons retenir de cette observation la cicatrice d'une ulcération ayant siégé sur l'aile du nez, et d'autre part le renseignement fourni par la malade, à savoir que son mari actuel était encore en traitement pour syphilis. Cette femme a présenté de légers troubles moteurs et sensitifs: démarche hésitante, douleur à la pression des masses musculaires des membres, et surtout des troubles mentaux: désorientation dans le temps et dans l'espace, euphorie, amnésie de fixation, fabulation. L'analyse des urines révèle une quantité notable d'albumine et une diminution de l'élimination chlorurée et azotée. En résumé,

troubles mentaux et légers troubles moteurs survenant chez une femme gravide syphilitique et intoxiquée.

Nous savons que dans les tumeurs cérébrales, et en particulier dans celles des lobes frontaux, l'affaiblissement intellectuel, l'obnubilation, la torpeur sont dominants; l'amnésie, plus rarement observée, peut aussi être élective, épargner relativement les faits anciens et porter surtout sur les faits récents et actuels; mais, dans ces cas, les troubles s'établissent lentement, progressivement. Dans le Korsakoff, au contraire, ils s'installent rapidement et atteignent en peu de temps leur acmé (Obs. 5, 18). D'autre part, si la tumeur seule avait déterminé les troubles psychiques, il nous semble qu'avec une amnésie aussi caractéristique, l'affaiblissement intellectuel aurait dû être beaucoup plus considérable. L'humeur gaie, l'euphorie peuvent se trouver dans les deux affections, ainsi que la démarche hésitante.

Les douleurs provoquées au niveau des masses musculaires, et surtout la fabulation que l'on n'observe pour ainsi dire jamais au cours des tumeurs cérébrales; la discordance entre l'affaiblissement intellectuel et l'amnésie; d'autre part, la présence d'une auto-intoxication, nous incitent à penser à la coexistence des deux affections, qui ont évolué chacune pour leur propre compte.

En général, le diagnostic est beaucoup plus facile, même si le siège de la tumeur se trouve dans une zone indifférente; les signes d'hypertension intra-crânienne donneront la solution du problème.

Ayant éliminé tous ces troubles mentaux, qui dépendent d'une affection nettement caractérisée, il s'agit de savoir si on se trouve en présence d'une psychose puerpérale

vraie. C'est un problème étiologique qui se pose, puisqu'il s'agit de déterminer l'influence de la puerpéralité dans la genèse de ces troubles; si, dans certains cas, la solution s'impose, elle est souvent difficile. On s'inspirera de l'histoire clinique antérieure du sujet, des conditions dans lesquelles est né le délire, de ses relations avec une intoxication ou une infection et de ses caractères cliniques. On distinguera ainsi le délire des dégénérés, survenu à l'occasion ou pendant la puerpéralité des psychoses puerpérales vraies liées à l'intoxication, l'infection, l'épuisement.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Le pronostic des psychoses puerpérales est favorable. La curabilité est évaluée à 80 % par Aschaffenburg et tous les chiffres donnés par les auteurs oscillent autour de cette moyenne; notre chiffre est de 83 % (38 guérisons sur 46).

D'une façon générale, on peut dire que la gravité de la psychose est fonction de la prédisposition; plus la tare sera lourde, plus le pronostic immédiat et éloigné sera sombre.

Le pronostic vital dépend de l'intoxication ou de l'infection (Obs. 2, 11, 12, 20) qui ont donné naissance aux troubles mentaux.

Les manifestations mentales post-éclamptiques ont une durée très courte; le passage à la chronicité est une exception tout à fait rare.

Dans le syndrome de Korsakoff, la guérison est la règle; le pronostic serait moins favorable, si la femme était entachée d'éthylisme.

Le pronostic des délires de l'accouchement, dépendant d'une anomalie du travail, est très bon; c'est un délire dont la durée n'excède pas quelques heures et qui guérit toujours; il n'y a pas de réserve à faire pour l'avenir: il faut l'opposer aux impulsions survenant au cours de l'accouchement, qui sont la traduction d'une tare.

Au point de vue de la durée de la guérison, les malades atteints de manie se rétablissent plus rapidement que

celles qui présentent de la mélancolie; c'est d'ailleurs une règle de pathologie mentale.

Le pronostic éloigné est très variable: tandis que certaines femmes ne présenteront plus de troubles psychiques, même après plusieurs accouchements ultérieurs (Obs. 19), d'autres, au contraire, verront le délire réapparaître, sans causes apparentes, plusieurs années après (Obs. 27, 33, 35, 41). Le pronostic éloigné sera d'autant plus favorable que les causes occasionnelles auront été plus importantes et auront joué un plus grand rôle dans le déclenchement de la manie puerpérale.

Au cours de la maladie mentale, la réapparition des règles est souvent une période critique; la réapparition des menstrues, alors que l'on ne constate pas d'amélioration au point de vue mental, peut constituer une indication fâcheuse pour l'évolution ultérieure.

De même chez les femmes épuisées, le relèvement de l'état général; l'embonpoint marquent souvent le passage à la chronicité, si l'état mental ne progresse pas parallèlement (Obs. 42).

CHAPITRE V

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT MÉDICAL

La prophylaxie et le traitement découlent des notions étiologiques et pathogéniques que nous avons exposées précédemment; supprimer la cause, ou mieux encore la prévenir, voilà le but à atteindre.

Chez la femme prédisposée, plus encore que chez toute autre, la grossesse devra être surveillée d'une façon attentive, afin de dépister les premiers symptômes de l'auto-intoxication gravidique; un léger œdème malléolaire, une céphalée persistante; quelques troubles visuels, des vomissements qui, par la fréquence ou l'intensité, commencent à sortir de la physiologie, commanderont le repos absolu et un régime diététique variable suivant les cas, mais toujours hypotoxique. Il sera du devoir du médecin d'insister auprès des intéressées pour qu'elles mènent une vie calme, exempte de toute fatigue et de tout souci.

Au moment de l'accouchement, une asepsie rigoureuse, en évitant toute infection, sera le meilleur moyen prophylactique pour éviter les troubles mentaux d'origine infectieuse.

Une question plus intéressante est de savoir la conduite à tenir au point de vue de l'allaitement maternel; faut-il l'interdire *a priori* chez les prédisposées? Chez une femme, même fortement entachée d'hérédité, mais n'ayant rien présenté de pathologique pendant la grossesse et pendant le travail, nous croyons qu'étant donné les avantages

certaines que procure ce mode d'alimentation pour le nourrisson, il faut encourager la femme à nourrir.

Si la femme, au contraire, a présenté des troubles psychiques même légers et passagers, nous pensons que la contre-indication est formelle.

L'allaitement maternel étant résolu, le médecin devra le surveiller, tout d'abord pour éviter dans la mesure du possible les complications d'origine mammaire, puis pour étudier l'état général. Si ce dernier semble tant soit peu périliter, on préconisera d'autant plus facilement le sevrage que l'enfant, plus âgé, est plus susceptible de se passer du lait maternel.

Nous signalerons les bienfaits que rendent, pour la prophylaxie des troubles mentaux, les œuvres sociales de la protection de la femme enceinte et de la nourrice, en assurant à ces dernières une sécurité morale et matérielle. Le traitement sera essentiellement causal, dirigé contre l'intoxication ou l'infection.

Si la psychose éclate au cours de l'allaitement, celui-ci devra être immédiatement proscrit; il faut supprimer cette cause d'épuisement chez la mère; d'autre part, on peut admettre que le lait d'une aliénée pourrait amener des troubles chez le nourrisson; enfin, il importe surtout de soustraire l'enfant aux impulsions toujours possibles de la mère.

Indépendamment des mesures qui visent à la suppression de l'intoxication ou de l'infection, il sera nécessaire de conduire la malade dans une maison spéciale de santé où, là seulement, elle pourra recevoir utilement les soins que nécessite son état mental.

Traitement obstétrical

Certains auteurs, en particulier en Allemagne et en Suisse, ont préconisé l'avortement ou l'accouchement prématuré comme moyen curatif des psychoses. Le fœtus étant une source d'intoxication, il était naturel de songer à supprimer la cause pour enrayer l'effet; mais, pour que cette thérapeutique soit justifiée, il faudrait être sûr que la suppression de l'œuf entraîne nécessairement la guérison ou l'amélioration des troubles psychiques. Il faut remarquer que, si la psychose est causée par l'intoxication, elle n'évolue pas parallèlement avec elle: l'intoxication peut cesser et les troubles mentaux persister; d'autre part, des femmes atteintes de folie puerpérale ne sont pas améliorées après leur accouchement, au contraire, souvent les troubles augmentent après cet accouchement (Obs. 34).

Si l'intoxication agit d'une façon intense, même si elle est peu durable, sur les centres nerveux, ceux-ci peuvent se trouver lésés définitivement; la cessation des phénomènes toxiques n'amènera aucun changement.

Etant donné le rôle incertain joué par l'avortement sur les troubles psychiques (dans l'observation 19, ceux-ci éclatent après que l'avortement a été pratiqué), il nous semble absolument contre-indiqué.

Indirectement, on sera amené à provoquer l'avortement chez des femmes ayant des troubles psychiques, mais l'indication de l'intervention ne sera posée qu'en fonction des symptômes concomitants; lorsque la vie de la femme sera

mise en danger par des vomissements incoercibles ou par des crises d'éclampsie, c'est la gravité de l'intoxication qui commandera cette thérapeutique active et non les troubles mentaux.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique obstétricale)

Gemellaire. — Interventions multiples. — Infections. —

Troubles mentaux. — Guérison après cinq mois.

M^{me} X..., primipare.

Accouchée en ville de deux petites filles; rupture de la poche des eaux sept jours avant l'expulsion.

Forceps sur le premier fœtus, version sur le second, délivrance artificielle, déchirure du périnée.

Entre à la Maternité le 1^{er} juin pour infection puerpérale : 1^o 38°; les jours précédents, la température était plus élevée, oscillant autour de 39°.

Le 2 juin, dans la journée, la femme est taciturne, ne parle pas et répond à peine aux questions; vers le soir, agitation assez notable.

Le 3 juin, l'agitation augmente, la femme pousse des cris, veut se lever; quand on l'approche, elle implore pitié et se plaint d'être victime d'ennemis invisibles.

La nuit est agitée; 1^o 37°,5, pouls à 120.

Certificat des vingt-quatre heures: loquacité intarissable, difficulté de fixer l'attention, incoordination des idées, mobilité incessante, désordre des actes, tendance à la violence.

Sort guérie après cinq mois de traitement.

OBSERVATION II

(Asile d'aliénés de Maréville)

Infection puerpérale. — Confusion mentale. — Mort.

M^{me} X..., 27 ans, secondipare.

Ethylisme paternel. Crises de nerfs vers l'âge de 18 ans.

Premier accouchement normal; deuxième accouchement difficile. Infection puerpérale débutant six jours après le deuxième accouchement. 1^o 39°,5; pouls difficilement perceptible, oscillant entre 120 et 140.

Ventre ballonné, souple, non douloureux.

Confusion des idées; hallucinations multiples; idées de persécution.

Décès cinq jours après le début des accidents infectieux.

OBSERVATION III

Infection. — Délire transitoire durant vingt-quatre heures.

Les six premiers accouchements ne présentent rien de particulier, D. R. = 26 avril 1921.

Malaises et vomissements au cours des premiers mois de la grossesse; pas d'albumine dans les urines.

Accouchement le 8 février 1921; début du travail à 2 heures. Vers 10 heures, dilatation comme 5 f.; dilatation qui semble avoir été longue à se compléter, rupture artificielle des membranes à 20 h. 30, expulsion d'un gros enfant à 20 h. 45; délivrance normale trois quarts d'heure après.

Du 8 au 14 février, les suites de couches sont normales. Le 14: grands frissons, maux de tête violents, douleurs dans les reins: 1^o 39°.

Le 15, T. = 39°.

Entre le 16 à la Maternité; 1° 38°,5, pouls à 112. Pas de sensibilité spéciale au niveau de l'abdomen; les maux de tête sont moins violents.

Le 17, vers 20 heures, grand frisson qui dure une dizaine de minutes, suivi une heure après d'une crise de délire pendant laquelle la femme est très agitée; elle pousse des cris, menace ses voisines, ouvre une fenêtre et est maintenue au moment où elle se prépare à la franchir.

Le lendemain, pouls assez rapide, psychisme normal.

OBSERVATION IV.

(Asile de Maréville)

Infection puerpérale. — Confusion mentale. — Guérison après trois mois.

La malade a présenté de la fièvre le quatrième jour après un accouchement normal; fièvre due à la rétention de caillots fibrineux et qui a cédé après quatre injections intra-utérines; un jour après la chute de la température début des troubles mentaux.

Confusion mentale aiguë à forme onirique. Sort guérie après trois mois de traitement.

OBSERVATION V

(Clinique obstétricale)

Albuminurie. — Syndrome de Korsakoff. — Gomme cérébrale.

M^{me} X..., 42 ans, septième grossesse.

La femme entre à la Maternité le 24 février 1920, pour accès délirant au cours d'un état gravidique; elle est venue à pied, bien qu'elle marche péniblement; son regard est vague.

Les renseignements que l'on peut obtenir sont les suivants : aucune maladie antérieure, mais une ulcération de l'aile du nez, ulcération qui a laissé une cicatrice très visible et pour laquelle elle a été soignée au service d'oto-rhino-laryngologie pendant assez longtemps.

Mariée une première fois, elle a eu deux enfants : un fils, actuellement âgé de 26 ans; une fille morte à 15 jours; le mari serait mort d'une affection hépatique.

Mariée une seconde fois, elle a eu de ce second mariage quatre enfants; elle se trouverait enceinte actuellement pour la septième fois. A noter que le mari actuel serait encore en traitement pour syphilis.

III^e grossesse : garçon vivant de dix ans.

IV^e — fille vivante de neuf ans.

V^e — fille morte en bas âge, de méningite.

VI^e — fille vivante âgée de cinq ans.

VII^e — actuelle.

La grossesse semble avoir évolué normalement.

Depuis une huitaine de jours, son mari aurait noté un changement dans l'humeur de sa femme; elle cherche un objet qu'elle a dans la main; elle appelle son mari qui est à côté d'elle. Ces troubles s'étant accentués, elle entre à la Maternité.

Du côté de l'abdomen, on note un utérus remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, le palper est flou; on arrive difficilement à provoquer le ballottement. Au toucher, ballottement vaginal perçu. A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

A l'interrogatoire, la malade donne des renseignements satisfaisants sur sa personnalité; les réponses sont incohérentes et contradictoires dès qu'il s'agit de la situation présente; elle est incapable de dire le jour, le mois, l'année actuelle; elle ne sait plus où elle se trouve, se croit chez elle; quelques minutes après, elle avoue être là depuis au moins trois semaines, alors qu'elle est arrivée depuis une heure à peine.

Les urines contiennent 1 gramme d'albumine.

26 février. — La malade présente, outre ses troubles

mentaux, des symptômes de polynévrite caractérisées par de la douleur à la pression des masses musculaires, notamment au niveau des cuisses et des mollets. Il n'existe pas de troubles locomoteurs à part cette démarche un peu hésitante signalée plus haut ; reflexes rotuliens vifs, Babinsky normal, pas de trépidation épileptoïde ; la malade présente de la fabulation : elle raconte qu'elle a été au théâtre la veille, donne des détails sur la pièce, sur les personnes rencontrées, etc. ; elle ne se rend pas compte de son état, son humeur est gaie.

On pense à un syndrome de Korsakoff, avec prédominance des troubles mentaux.

28 février. — La malade est relativement calme ; l'auscultation du fœtus pratiquée à nouveau est positive, les battements fœtaux sont perçus irrégulièrement, mais assez nets cependant pour être affirmés.

Une analyse des urines est pratiquée :

Réaction acide ; couleur n° 4, échelle de Vogel ; dépôts nuls.

Examen microscopique : néant.

Urée, 16,46 au lieu de 20 à 25.

Chlore de chlorures, 0 gr. 70 au lieu de 5 à 8 grammes.

Glucose : traces. Albumine : 0 gr. 40.

29 février. — Etat mental persistant, l'amnésie est caractéristique : la malade ne garde pas le souvenir des événements présents plus de quelques minutes, alors que les souvenirs anciens sont relativement faciles à rappeler.

Sous l'influence du régime lacté, la quantité d'albumine de l'urine diminue : 0 gr. 20 au lieu de 1 gramme précédemment.

Cette femme meurt le 7 mars au matin, après avoir été dans le coma durant quelques heures.

Autopsie : rien aux différents organes thoraciques et abdominaux ; légère congestion rénale droite ; l'utérus est normal, ainsi que son contenu. Ostéite des os du crâne, qui ont plus d'un centimètre d'épaisseur ; gomme du frontal droit.

OBSERVATION VI

(Asile d'aliénés de Maréville)

Eclampsie. — Manie puerpérale.

Mme X..., 22 ans, primipare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : à 12 ans, méningite cérébro-spinale.

Albuminurie pendant la grossesse (14 grammes au litre); garde le lit. Régime hypotoxique à partir du 15 janvier.

Le 4 février : crise d'éclampsie au moment du travail. Accouchement au forceps, délivrance normale. La femme tombe dans le coma, y reste 24 heures, puis présente de l'excitation maniaque.

Guérison après un mois. Persistance de l'albumine (0 gr. 50 par litre).

OBSERVATION VII

(Asile d'aliénés de Maréville)

Albuminurie. — Congestion pulmonaire. — Troubles mentaux.

Mme X..., 24 ans, primipare.

Albuminurie légère au cours de la grossesse.

Congestion pulmonaire survenant au cours du septième mois.

Confusion mentale; accouchement normal à terme sans influence sur les troubles mentaux.

Guérison après quatre mois de traitement.

OBSERVATION VIII

(Asile d'aliénés de Maréville)

Gemellaire. — Troubles mentaux survenant après l'accouchement.

Albuminurie.

M^{me} X..., 31 ans, secondipare.

Rien à signaler dans les antécédents.

Première grossesse et premier accouchement normaux.

Gemellaire, accouchement à terme de deux enfants vivants.

Début des troubles mentaux dix jours après l'accouchement; pas de phénomènes infectieux; on constate de l'albumine dans les urines.

Guérison après six mois de traitement

OBSERVATION IX

(Clinique obstétricale)

Albuminurie passagère pendant la grossesse. — Troubles mentaux survenant huit jours après l'accouchement, à la suite d'un violent chagrin.

M^{lle} X..., 19 ans, primipare.

Antécédents héréditaires: rien à signaler.

— personnels: nerveuse, caractère un peu spécial.

Albuminurie au début du neuvième mois; repos au lit, régime lactée, disparition de l'albumine.

Début du travail le 5 mars, à 9 heures; présentation du sommet en O. I. D. P.; dilatation complète à 13 h. 50; expulsion du fœtus une heure après. Délivrance normale.

Le 13, reçoit de mauvaises nouvelles; elle est abandonnée par le père de son enfant. Le 14, au matin, violente crise de

larmes, cris, agitation: de nouvelles crises semblables se répètent dans la journée; dans la nuit, l'agitation est constante, la malade divague.

Le 15, on porte le diagnostic suivant: accès omriques types. femme qui vit son rêve, pronostic très favorable; à isoler par crainte d'actes délirants.

Le 16, excitation maniaque, caractérisée principalement par un désordre des idées et des actes, négativisme, insomnie.

Sort guérie le 25 avril.

OBSERVATION X

(Clinique obstétricale)

Albuminurie. — Délire du travail.

M^{me} X., 16 ans, primipare.

Antécédents héréditaires et personnels: rien à signaler.

Dernières règles: 8 mai 1919.

En juillet 1919: œdème malleolaire, albuminurie, céphalée, troubles de la vue.

Ne fut pas cependant mise au grand régime; ne garda pas le lit.

17 juillet. — Entre à la Maternité; tête engagée en droite postérieure, col en voie d'effacement.

Le 18, à 5 heures, rupture artificielle des membranes à la dilatation complète; à 5 h 40, expulsion d'une fille de 3.400 grammes; une heure après, délivrance normale.

Au cours du travail, on note une excitation particulière de la femme, qui chante et s'agite; les urines, examinées à ce moment, montrent la présence d'albumine. Après son accouchement, l'excitation persiste pendant quarante-huit heures, au bout desquelles la femme tombe dans un état de somnolence accentuée. Le lendemain, la femme répond bien aux questions; état psychique normal.

OBSERVATION XI

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{lle} X..., 21 ans.

Troubles mentaux débutant au cours de la grossesse; accouchement normal, aggravation de l'état psychique. Quatre jours après, infection puerpérale grave, délire hallucinatoire. Mort.

OBSERVATION XII

(Clinique obstétricale)

Albuminurie légère au cours de la grossesse. — Quelques troubles mentaux. — Infection puerpérale. — Confusion mentale. — Mort.

M^{me} X..., 38 ans.

Antécédents héréditaires: rien à signaler.

Antécédents personnels: varioloïde à 6 ans, rhumatisme articulaire en 1914.

Quatre grossesses antérieures. Accouchements normaux; quatre enfants vivants.

Grossesse actuelle: au cours du huitième mois de la grossesse, l'analyse des urines révéla de l'albumine, les membres inférieurs étaient œdématiés; le régime lacté fut institué; disparition de l'albumine en quinze jours.

D'après l'interrogatoire de sa famille, la femme aurait présenté, au cours de sa grossesse, des périodes d'agitation et de confusion mentale.

Entrée à la Maternité au voisinage du terme.

Début du travail le 4 octobre, à minuit. O. I. D. P.; dilatation complète à 14 heures, rupture spontanée et tempestive des membranes, dégagement en O. P. à 14 h. 15; délivrance ne présentant aucune particularité à 15 h. 10.

Le 8 octobre. — 1^o 39^o, pouls à 110; frissons; douleur à la pression au niveau de la région para-utérine gauche; douleurs rhumatoïdes au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes.

10 octobre. — 1^o 40^o,5, pouls à 120; douleurs très vives dans les articulations tibio-tarsiennes, pas de gonflement articulaire; un peu d'empâtement au niveau du ligament large gauche; lochies un peu épaissies, mais non odorantes.

11 octobre. — 1^o 39^o,5, pouls à 110. Le matin, la femme présente un peu de confusion mentale; dans l'après-midi, période d'agitation; la femme déchire sa chemise, prononce fréquemment des mots orduriers ou des injures; pendant toute la nuit, agitation continuelle, logorrhée abondante.

12 octobre. — Même état d'agitation et de délire; tympanisme abdominal, avec empâtement du ligament large gauche. Meurt à 17 h. 30.

OBSERVATION XIII

(Asile d'aliénés de Maréville)

Infection. — Mélancolie.

M^{me} X..., 41 ans, secondipare.

Antécédents héréditaires: deux tantes maternelles aliénées.

Antécédents personnels: rien à signaler.

Antécédents obstétricaux et renseignements fournis par le médecin traitant:

La malade accoucha de son deuxième enfant le 24 janvier dernier et fut atteinte d'infection puerpérale à la suite de cet accouchement; au moment de la convalescence, les personnes de son entourage remarquèrent qu'elle devenait triste, renfermée; elle continua à se livrer régulièrement à ses occupations journalières, mais il fut nécessaire de la surveiller à partir de ce moment.

Elle croit être cause de la mort de son enfant, survenue six

semaines après sa naissance; prétend qu'elle s'est mal conduite et s'alimente très difficilement, convaincue qu'elle ne mérite pas sa nourriture. Elle se rendait compte de sa situation et, craignant de ne jamais guérir, a tenté dernièrement de se précipiter dans une fosse à purin.

Certificat des 24 heures: mélancolie survenue à la suite d'une infection puerpérale, caractérisée par de la dépression mentale et physique, avec idées de culpabilité et d'indignité; scrupules, découragement, dégoût de la vie et tendance au suicide. Gémissements, alimentation irrégulière.

Sort très améliorée le 21 octobre.

OBSERVATION XIV

(Asile d'aliénés de Maréville)

Allaitement. — Confusion mentale.

M^{me} X..., 28 ans.

Antécédents héréditaires: grand-père maternel mort à l'Asile; le père s'est suicidé sous l'influence d'un délire de persécution; mère atteinte de manie aiguë.

Antécédents personnels: stigmates physiques de dégénérescence.

Asymétrie crânienne, malformation de l'oreille.

Deux enfants; le dernier est retardataire, ne marche pas ni ne parle pas à quinze mois.

Confusion mentale survenue au cours de l'allaitement (14^e mois); dans les derniers temps, la malade n'allaitait que la nuit.

Guérison dix ans après.

OBSERVATION XV

(Asile d'aliénés de Maréville)

Délire du travail. — Infection. — Manie aiguë.

M^{me} X..., 27 ans, secondipare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : mariée depuis six ans ; a un enfant de quatre ans bien portant.

Renseignements fournis par le médecin traitant :

N'a présenté aucun symptôme de maladie mentale, sauf dans les trois derniers mois de sa grossesse ; elle aurait confié à certaines personnes la crainte d'avoir un enfant sourd et muet, ayant vu une femme sourde-muette pendant sa grossesse.

Accouchement pénible ; présentation du sommet en occipito-sacré ; la tête stationne deux heures à la vulve. Le premier accouchement avait été beaucoup plus facile.

Au moment de l'accouchement, elle s'est mise à chanter, ne savait plus ce qu'elle faisait ; ces troubles durent peu de temps.

Deux jours après, la température est de 38°5, la malade se met à délirer.

30 décembre. — Certificat des vingt-quatre heures :

Manie aiguë, caractérisée par de l'hyperactivité et de l'instabilité mentale et physique ; activité sensorielle exagérée, préoccupations délirantes polymorphes.

12 janvier. — La malade présente un état toxi-infectieux : langue rôtie, lèvres et dents fuligineuses, de l'albumine dans les urines ; pas de changement dans l'état mental.

L'état général s'améliore assez rapidement, l'albumine disparaît.

La malade sort le 25 avril, bien améliorée.

OBSERVATION XVI

(Docteur X...)

Eclampsie. — Psychose puerpérale.

Mme X..., 21 ans, primipare.

Pas d'antécédents vésaniques héréditaires.

Troubles menstruels vers l'âge de 16 ans, avec quelques troubles mentaux légers (tristesse, recherche de la solitude).

Pas de maladies infectieuses.

La grossesse a évolué normalement jusqu'au début du huitième mois; à ce moment l'albumine apparaît brusquement dans les urines. On trouve 14 grammes par litre. La malade est mise au lit, au lait et à l'eau; l'albumine tombe à 3 ou 4 grammes par litre; au bout de trois semaines, malgré le régime institué, on note l'apparition de symptômes menaçants: céphalée, douleurs épigastriques, urines rares. Le travail se déclanche, il s'agit d'un accouchement prématuré; une première crise éclamptique survient au moment où la tête aborde le périnée. Application de forceps, délivrance artificielle; la malade présente cinq nouvelles crises dans la journée, puis pendant cinq jours les accès se succèdent à raison de quatre ou cinq par jour.

Les crises cessent, les urines redeviennent abondantes, l'albumine disparaît presque complètement; les suites de couche sont apyrétiques (37°9 une seule fois); la malade n'allait pas.

Brusquement, vers le sixième jour, sans cause apparente, l'albumine réapparaît (3 grammes), en même temps que surviennent des troubles mentaux: hallucinations visuelles, confusion mentale, insomnie, incoordination motrice. Il n'y a pas de fièvre; le pouls oscille entre 100 et 120; incontinence des urines et des matières.

A certains moments, la malade a l'air de reconnaître vaguement son entourage et ébauche des réponses aux questions qui

lui sont posées; mais en général reste perdue, hagarde, indifférente, tantôt agitée; se lève dans son lit et tend à se jeter hors de celui-ci. Elle ébauche les mouvements les plus divers et, quand elle en a effectué un, elle tend à le reproduire automatiquement plus ou moins longtemps. Elle s'écorche, se contusionne; on ne peut l'abandonner une minute.

Rien d'anormal du côté des organes génitaux.

Internée à l'Hospice Sainte-Anne, elle s'améliore lentement, pour guérir intégralement.

OBSERVATION XVII

(Docteur X...)

Intoxication gravidique (albuminurie, céphalée, troubles visuels, œdème). — Accouchement normal. — Trois jours après, état confusionnel durant vingt-quatre heures.

M^{me} X..., primipare, 20 ans.

Aucun antécédent pathologique.

La grossesse évolue normalement jusqu'au huitième mois; à ce moment la femme se fatigue et se refroidit; dès lors on constate de l'albumine dans les urines; la malade est mise au lit et au régime. Malgré ces précautions, à la fin du huitième mois, le taux de l'albumine augmente brusquement; les urines sont rares et présentent des reflets verdâtres; la femme a de la céphalée, des troubles visuels et un œdème considérable des membres inférieurs; le fœtus est vivant; sous l'influence de la diète hydrique, l'état général s'améliore et la grossesse continue.

L'accouchement se fait secondairement une quinzaine de jours avant le terme prévu; accouchement à marche rapide, terminaison spontanée, enfant vivant d'un poids au-dessous de la moyenne.

Trois jours après, diurèse abondante, pas d'albumine; les

troubles visuels et la céphalée ont disparu; brusquement, le soir, tendance syncopale, état confusionnel. La malade est hagarde, ne répond pas aux questions, prononce des paroles confuses; apyrexie, pouls à 140. Cet état dure vingt-quatre heures, puis tout rentre dans l'ordre; il ne persiste aucune trace.

OBSERVATION XVIII

Vomissements incoercibles. — Psychose polynévritique.

(Observation publiée par M. le Professeur Fruhinsholz. —
Revue médicale de l'Est, 1909).

M^{me} X..., 31 ans, secondipare, enceinte de deux mois et demi; entre à la Maternité le 27 juillet 1907 pour vomissements incoercibles. A son entrée dans le service, l'haleine est fétide, les lèvres sont sèches, la peau est subictérique; le pouls, bien frappé, bat à 120 et se maintiendra à ce chiffre et même au-dessus durant tout le séjour de la malade; contre la règle, on s'abstient de provoquer de suite l'avortement, parce que la femme fait « bonne impression »; elle n'est pas amaigrie et conserve une figure et un état général qui paraissent avantageux.

L'accélération progressive du pouls n'ayant pas été observée à la Maternité, dans le doute où l'on est de savoir si elle est récente ou ancienne, on croit pouvoir laisser venir et observer les événements, prêt à changer de conduite si ceux-ci se montrent pressants.

Sous l'influence d'un simple régime, les vomissements s'amendent très notablement; mais voici que, du 15 au 30 avril, apparaissent successivement des douleurs névritiques spontanées et provoquées à la pression, au niveau des masses musculaires des membres inférieurs, de la parésie, puis impotence absolue de ceux-ci, en même temps que se manifeste un état

mental très particulier. La malade a de l'excitation cérébrale, des troubles de la mémoire, de l'incohérence dans les idées; le pouls reste accéléré à 120 et on est sur le point de provoquer l'avortement; quand une amélioration se dessine, les troubles du côté des membres inférieurs s'atténuent, puis disparaissent.

Le 11 septembre, la malade quitte la Maternité; elle ne vomit plus que très rarement, marche normalement; elle conserve cependant, avec l'accélération du pouls, une certaine bizarrerie de caractère, une mémoire très affaiblie, du pyalisme.

D'après des renseignements dus à l'obligeance du médecin de cette femme, les troubles consignés à sa sortie du service ont persisté jusqu'au terme de la grossesse; l'accouchement s'est fait le 14 février 1908, l'enfant était chétif et fut élevé très péniblement au biberon.

Actuellement, c'est-à-dire après deux ans, les troubles cérébraux, qui s'étaient atténués en coïncidence avec la terminaison de la grossesse, sont encore manifestes.

OBSERVATION XIX

(Docteur X...)

Vomissements incoercibles. — Avortement provoqué. — Début des troubles mentaux quinze jours après.

Primipare, 18 ans; nerveuse et impressionnable.

Enceinte dès le début de son mariage; vomissements à caractères graves, puis incoercibles. Avortement thérapeutique pratiqué après trois mois révolus de gestation; suites normales, apyrétiques.

Quinze jours après la malade, ayant eu des enfants en visite, s'en trouve très affectée; elle présente un délire transitoire qui dure quelques heures, après quoi tout rentre dans l'ordre.

Redevient plusieurs fois enceinte dans la suite; grossesses et accouchements normaux; aucun trouble mental.

OBSERVATION XX

(Docteur X...)

Infection. — Confusion mentale.

M^{me} X..., 24 ans, secondipare,

Des antécédents mentaux chez les ascendants, a un frère simple d'esprit; toujours bien portante et bien réglée.

Premier accouchement normal il y a trois ans.

Accouche prématurément au cours de sa deuxième grossesse; accouchement gemellaire normal; un des enfants succombe immédiatement. Deux jours avant l'accouchement, la malade avait été prise d'angine avec fièvre élevée atteignant 39°; cet état fébrile persiste jusqu'au troisième jour du post-partum; après quoi, tout paraît rentrer dans l'ordre.

Au sixième jour, apparition brusque de manifestations maniaques, apyrexie; pouls entre 130 et 140.

La malade est transportée dans une maison spéciale de santé. Le certificat des 24 heures mentionne: Instabilité mentale et physique avec confusion mentale, désorientation, loquacité, turbulence, insomnie, préoccupations délirantes polymorphes; alimentation difficile, mauvais état général avec fièvre et pouls très rapide; état saburral des voies digestives, lèvres sèches.

La malade meurt cinq jours après.

OBSERVATION XXI

(Clinique obstétricale)

Confusion mentale, survenue au cours de la grossesse.

M^{me} X..., 34 ans; sixième grossesse.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à 16 ans, régulièrement; n'a jamais été malade.

1906. — Première grossesse: évolution normale; accouchement présumé à terme d'une fille de 4 kgr. 100, décédée à 1 mois.

1910. — Deuxième grossesse: évolution normale; accouchement à terme d'un garçon de 5 kgr. 750, nourri 22 mois, bien portant.

1911. — Troisième grossesse: avortement à cinq mois, consécutif à un traumatisme.

1913. — Quatrième grossesse: évolution normale; accouchement à terme d'une fille de 3 kgr. 700, nourrie 20 mois.

1915. — Accouchement d'un garçon, nourri 17 mois, décédé peu après de coqueluché.

1920. — La femme entre à la Maternité le 10 mars; elle se plaint de douleurs lombaires, de céphalée; à l'auscultation du cœur, le premier bruit est légèrement soufflé, fœtus mobile, tête déviée dans la fosse illiaque droite.

12 avril. — La femme revient à la Maternité, après avoir fait chez elle plusieurs tentatives de suicide: strangulation, section des veines de l'avant-bras par un couteau; état confusional avec idées délirantes, idées de persécution, d'auto-accusation. Pendant son séjour à la Maternité, essai de fuite et de défenestration.

Certificat des 24 heures: confusion mentale avec désorientation complète, troubles épisodiques occasionnant souvent des tentatives de suicide.

15 avril. — Accouchement d'un garçon; état mental stationnaire.

Est toujours en traitement. Amélioration légère.

OBSERVATION XXII

(Asile d'aliénés de Maréville)

Infection mammaire. — Troubles psychiques.

M^{me} X..., 32 ans; quatrième grossesse.

Antécédents héréditaires : éthylisme paternel.

La malade a toujours été un peu nerveuse; mariée il y a six ans, a fait bon ménage; les grossesses antérieures furent normales, tous les enfants sont vivants; l'accouchement fut normal, la mère nourrit l'enfant qui est très gros; elle eut des crevasses aux seins, qui devinrent douloureux; une fièvre élevée se montra pendant deux jours. Aussitôt elle se mit à divaguer; elle ne dormait presque plus, chantait la nuit; elle eut des idées de persécution, disant que des voisines lui voulaient du mal; elle croyait que tout le monde la regardait de travers et se moquait d'elle; pas méchante, facile à conduire, pas de tentative de suicide.

Le certificat des 24 heures mentionne : psychose puerpérale, actuellement caractérisée par de la torpeur intellectuelle avec hallucinations de l'ouïe; idées de persécution; délire onirique.

La malade sort guérie après quatre mois de traitement.

OBSERVATION XXIII

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 65 ans.

Antécédents héréditaires : grand'mère maternelle morte aliénée, une sœur retombée en enfance.

A eu sept enfants, vivants, bien portants.

Internée pour la première fois à 35 ans, pour tentative de

suicide, alors qu'elle allaitait un enfant de quatre mois; séjour de six semaines

A 43 ans, accouchement normal le septième mois; fièvre puerpérale, troubles mentaux durant quinze jours; a été soignée chez elle.

A 62 ans, confusion mentale hallucinatoire; reste deux mois en traitement; sort guérie.

OBSERVATION XXIV

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 31 ans.

Infection puerpérale grave, confusion hallucinatoire aiguë; l'état général devient de plus en plus inquiétant; décès vingt jours après l'accouchement.

OBSERVATION XXIV bis

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 22 ans, primipare.

Antécédents personnels: hystérie.

Manie aiguë survenue quinze jours après l'accouchement, à la suite d'un léger état toxi-infectieux.

Guérison en cinq mois.

OBSERVATION XXV

(Clinique obstétricale)

M^{me} X..., 19 ans, primipare.

Antécédents héréditaires et personnels: rien à signaler.

Dernières règles du 1^{er} au 4 mars.

L'évolution de la grossesse est absolument normale.

Accouchement le 26 décembre; durée de la période de dilatation: 12 h. 30.

Durée de la période d'expulsion: une heure.

Pas de lésion vulvo-périnéale. Délivrance normale.

Dans la nuit du 5 au 6 janvier, la femme, brusquement, s'assoit sur son lit; les yeux hagards, elle se met à chanter et à se peigner; dans la journée du 6, deux crises semblables, l'une à 14 heures, l'autre à 18 heures.

La 1^{re} = 37°2, le pouls est à 100. Pas d'albumine dans les urines.

Le 7, au matin, psychisme normal.

OBSERVATION XXVI

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 21 ans, primipare.

Confusion mentale aiguë, survenue à l'occasion de la puerpéralité, caractérisée par de la désorientation psychique, avec hyperactivité mentale, loquacité, chants et rires non motivés; turbulence et insomnie. Réactions bruyantes, désordonnées ou extravagantes. Fièvre légère.

Sort guérie après deux mois de traitement.

OBSERVATION XXVII

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 38 ans.

Hérédité très chargée.

Impulsion survenant au cours du quatrième mois de la lactation (tente de se suicider avec son enfant).

Guérison après un mois.

Sept ans après, accouchement normal, fièvre survenant quelques jours après; troubles mentaux durant une quinzaine de jours.

Vingt ans après, confusion mentale hallucinatoire.

Sort améliorée après onze mois de traitement.

OBSERVATION XXVIII

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 29 ans, primipare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Modification du caractère pendant la grossesse; accouchement normal, allaite son enfant; début des troubles mentaux trois semaines après l'accouchement.

Troubles confusionnels aigus, caractérisés par un désarroi psychique des plus accusés, avec négativisme, alternatives d'excitation et de torpeur, tendances aux réactions impulsives, altération des sentiments affectifs.

Sort guérie après un an de traitement.

OBSERVATION XXIX

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 27 ans, primipare.

Mélancolie anxieuse survenant après trois mois d'allaitement; idée d'indignité, de culpabilité, d'expiation avec tendance au suicide : a fait des tentatives avant son entrée et voulait, en outre, faire périr son enfant.

Guérison en trois mois.

OBSERVATION XXX

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 33 ans.

Dépression mélancolique avec conscience à caractères dégénératifs, survenue à l'occasion des fatigues de la lactation (cinquième enfant) et se traduisant par de l'asthénie physique et mentale avec aboulie, découragement, indifférence affective, insomnie, accès de désespoir, tendance au suicide.

Sortie non guérie.

OBSERVATION XXXI

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 29 ans.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Trois enfants nourris au sein.

A présenté pendant chaque allaitement, vers le troisième ou le quatrième mois, un accès de mélancolie durant environ un mois.

Réglée irrégulièrement depuis son dernier accouchement. Dernières règles début de janvier; nouvel accès de mélancolie survenant au début de février (époque correspondante); n'est pas réglée pendant son séjour à l'Asile.

Sort deux mois après, améliorée.

OBSERVATION XXXII

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 36 ans.

Antécédents héréditaires : éthylisme paternel.

A eu cinq enfants.

Dernier accouchement normal; allaitement pendant quinze jours; confusion mentale avec un certain fond de mélancolie.

Etat de misère physiologique très prononcée.

N'a pas été réglée pendant son séjour à l'Asile, qui a duré huit mois.

Sort guérie.

OBSERVATION XXXIII

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 36 ans, primipare.

Antécédents héréditaires: rien à signaler.

A été internée au moment de la puberté.

Manie aiguë survenant un mois après l'accouchement, alors qu'elle nourrissait son enfant.

Sort guérie au bout de quatre mois de séjour.

Douze ans après, nouvel accès de manie.

Sort guérie après quatre ans de traitement.

OBSERVATION XXXIV

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 35 ans, cinq enfants.

Début des troubles mentaux pendant la lactation du quatrième enfant, aggravation après le cinquième accouchement, qui est normal; confusion mentale hallucinatoire.

Sort guérie après treize mois de traitement.

OBSERVATION XXXV

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 29 ans, secondipare.

Allaitement durant depuis trois mois; la femme éprouve une grande frayeur; délire hallucinatoire aigu.

Sort grandement améliorée, après deux mois et demi de traitement.

Cinq ans après, excitation maniaque.

Sort guérie trois mois après.

OBSERVATION XXXVI

(Asils d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 36 ans.

Antécédents héréditaires: rien à signaler.

A eu deux enfants qu'elle a nourris au sein.

Dépression mélancolique ayant débuté au cours du troisième mois de la lactation.

Etat physique: amaigrissement, état de faiblesse, insomnie.

Guérison après six mois de traitement.

OBSERVATION XXXVII

(Observation résumée du docteur Spire, publiée dans la *Revue médicale de l'Est*, 1911)

M^{me} X..., 30 ans, primipare.

Antécédents héréditaires: éthylisme paternel; la mère présente des crises convulsives.

Mélancolie au moment de la puberté.

Vient consulter, à la Maternité, le 11 novembre; on diagnostique une grossesse gemellaire; on est frappé de l'état mental particulier de la femme: elle écoute ce que l'on dit avec anxiété, est inquiète, paraît très timorée.

5 décembre. — Albumine dans les urines, régime lacté; la femme est très taciturne, pleure fréquemment, se cache au moment de la visite.

15 décembre. — Malgré le régime lacté, les urines contiennent 1 gr. 50 d'albumine.

30 décembre. — Les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine; la femme est mise au régime lacto-végétarien. La femme fait une fugue; elle monte sur le toit et parcourt un assez long trajet. Ramenée dans son lit, elle reste silencieuse, anxieuse, et pleure à plusieurs reprises; répond aux questions par monosyllabes, en disant: « J'ai peur ».

Le 14, la femme est conduite dans un Asile.

Le 17, au début du huitième mois de la gestation, elle est ramenée à la Maternité, ayant des douleurs depuis la veille et ayant perdu les eaux.

Entrée à la salle de travail à 10 h. 1/2, le col est effacé, dilaté comme deux francs, la tête du premier fœtus est profondément engagée, les contractions sont bonnes.

A 1 heure, dilatation comme une paume; tête en O. I. G. A.

A 5 heures, dilatation complète, les contractions sont moins fortes et plus espacées; 1 gramme de sulfate de quinine.

La parturiente commence à s'agiter; à 8 heures du soir, tentative de défenestration; la femme retombe dans un état de torpeur très marqué.

On décide de terminer rapidement cet accouchement; forceps sur le premier enfant, rupture de la poche du deuxième fœtus; extraction après une version par manœuvre interne.

Délivrance spontanée; injection utérine iodée.

18 janvier. — La malade est abattue et semble très fatiguée, répond par monosyllabes aux questions.

19 janvier. — La malade reste triste et inquiète; les suites de couches furent normales.

La malade se remet peu à peu et présente ensuite un état mental satisfaisant; les deux enfants sont élevés au biberon.

OBSERVATION XXXVIII

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 32 ans, primipare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : a toujours été très nerveuse.

A la suite d'une fausse couche, a présenté un délire caractérisé par des idées d'indignité, de culpabilité, interprétations délirantes; malade très déprimée, anxieuse.

Entre à l'Asile le 15 octobre.

Le 28 mars, amélioration considérable, la malade est réglée pour la première fois depuis son séjour à l'Asile.

Sort guérie le 30 avril.

OBSERVATION XXXIX

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 27 ans, secondipare.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : méningite à 12 ou 13 ans.

Mélancolie aiguë, survenant au cours du huitième mois de la lactation.

Trois mois après sort améliorée, sur la demande de sa famille.

OBSERVATION XL

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 28 ans.

Antécédents héréditaires : une cousine germaine a présenté des troubles mentaux.

Antécédents personnels : pas de renseignements sur l'enfance et la jeunesse ; trois enfants bien portants, pas de fausse couche.

Entre à l'Asile alors qu'elle allaitait son dernier enfant, âgé de 16 mois.

Confusion mentale à caractères dégénératifs, se traduisant par de l'hyperactivité mentale et physique avec instabilité, préoccupations délirantes polymorphes, idées de grandeur, loquacité, turbulence.

Sort un an et demi après, non guérie, sur la demande de sa famille.

OBSERVATION XLI

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., cinq enfants bien portants.

Hérédité chargée : excès alcooliques.

Excitation maniaque survenant au cours de l'allaitement du cinquième enfant, âgé de 9 mois. Guérison en deux mois.

En 1909 (deux ans après) : excitation maniaque, guérison en deux mois.

En 1910 : débilité mentale ; instabilité ; guérison en sept mois.

En 1915 et en 1921 : nouveaux accès.

(OBSERVATION XLII)

Asile d'aliénés de Maréville

M^{me} X..., 38 ans, une sœur cadette aliénée.

A eu neuf enfants.

A 31 ans, quatre mois après l'accouchement de son dernier enfant, a présenté des troubles mentaux remarqués par l'entourage : dépression, signes d'irritabilité, mutisme, fugues.

Quelques mois après, aggravation ; altération des sentiments affectifs ; a laissé mourir plusieurs de ses enfants atteints de broncho-pneumonie, ne les jugeant pas malades ; a été surprise un jour un couteau à la main, dans une attitude menaçante, s'écriant : « Un de ces jours, la rivière sera rouge ! ».

Actuellement, bon état général, embonpoint, indifférence, inconscience, persistance des impulsions violentes ; tendance à la chronicité.

OBSERVATION XLIII

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., primipare, 24 ans.

Antécédents héréditaires : mère très nerveuse ; une de ses sœurs, à l'occasion d'une typhoïde, a présenté un délire sérieux.

Antécédents personnels : élevée au sein, pas de convulsions dans l'enfance ; réglée à 16 ans.

Enceinte de huit mois, elle entra à la Maternité, où on lui fit une version par manœuvre externe ; à ce moment, étant à la salle d'opération, elle eut peur à la vue d'une femme qui accouchait et à la vue du sang répandu. Elle rentra chez elle ; le lendemain, elle devint très agitée, se mit à crier, à gesticuler, voulut se sauver, etc.

25 juin. — Certificat des 24 heures : M^{me} X..., qui aurait eu

plusieurs accès d'agitation à la Maternité de Nancy, où elle avait été admise au cours de sa grossesse, est actuellement calme, mais présente un peu de confusion mentale avec des idées assez vagues de persécution.

5 juillet. — Malade très troublée depuis quelques jours; murmure des paroles incohérentes, quitte son lit et se promène dans le dortoir; violente, frappe les infirmières du service.

3 août. — Accouchement d'un garçon, délivrance difficile; enfant assez gros, présentant de nombreux signes d'hérédosyphilis.

5 août. — Etat physique satisfaisant; confusion mentale toujours aussi accentuée, avec négativisme.

6 septembre. — Moins confuse, s'alimente volontiers et répond correctement aux questions qui lui sont posées; un peu irritable, interprétations fausses, apprend sans émotion la mort de son enfant.

15 novembre. — Amélioration sensible de l'état mental.

24 décembre. — Sort guérie.

OBSERVATION XLIV

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X..., 40 ans, secondipare.

Antécédents héréditaires: inconnus.

Renseignements fournis par le médecin: pas d'habitudes alcooliques; a été accouchée le 2 octobre au forceps, avait un placenta praevia qui lui a causé de très fortes hémorragies pendant les trois semaines qui ont précédé l'accouchement.

Début de la maladie mentale dix jours après l'accouchement; invasion en deux ou trois jours.

Malade un peu confuse, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe; idées délirantes, pas de tendances dangereuses.

La malade sort améliorée, après deux mois et demi de traitement.

OBSERVATION XLV

(Asile d'aliénés de Maréville)

M^{me} X.... Hérité très chargée; stigmates de dégénérescence.

1^{er} accès d'aliénation mentale à 19 ans : excitation maniaque, durée deux mois.

2^e accès : 25 ans. Durée : 2 mois. Excitation maniaque.

3^e — 27 — — 1 — —

4^e — 29 — — 1 — —

5^e — 33 — — 1 — —

6^e — 34 — — 2 — —

7^e — 42 — Cet accès a lieu quinze jours après un accouchement normal; il est suivi de guérison.

OBSERVATION XLVI

(Docteur X....)

Infection. — Troubles mentaux.

M^{me} X..., primipare, 23 ans.

Grossesse normale, marquée par quelques accès de nervosité.

Le 13 mai, accouchement normal d'un garçon bien constitué; au moment de l'accouchement, on note des signes d'excitation: cris, craintes exagérées sur l'issue du travail; la parturiente s'agite continuellement dans son lit.

Huit jours après l'accouchement, la température monte progressivement à 39°; pas de frissons, céphalée, lochies un peu odorantes. On fait appeler le médecin, qui constate des signes d'infection utérine; à ce moment, la femme se lamente, pleure continuellement et délire tous les soirs.

Six jours après, un léger curetage, suivi d'une injection intra-utérine avec une sonde de Doléris, donnent issue à un liquide muco-purulent ; l'écoulement continue pendant quatre à cinq jours ; la température s'abaisse progressivement ; dès lors, sédation des phénomènes nerveux. Au bout de quinze jours, M^{me} X... se lève. Actuellement, elle a repris son cours de santé normale.

CONCLUSIONS

I. — Les troubles mentaux survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum sont relativement rares (dix observations en quinze ans à la Maternité de Nancy).

II. — La puerpéralité peut les occasionner; dans certains cas, elle ne fait que révéler une psychopathie existant en puissance.

III. — En général, prédispositions et causes occasionnelles se combinent en proportions variables pour déterminer la psychose.

IV. — Dans la grande majorité des cas (31 fois sur 46), la puerpéralité est incidentée: intoxication gravidique, anomalie du travail, infection.

V. — Le pronostic de la psychose est très favorable: curabilité ou amélioration dans 83 % des cas. La guérison se produit en quelques mois; ce sont les psychoses de la lactation qui, en moyenne, ont duré le plus longtemps. Les récidives sont l'exception.

VI. — Le traitement sera dirigé contre l'intoxication ou l'infection; l'allaitement devra être supprimé.

VII. — Les troubles mentaux, survenant au cours de la grossesse, ne constituent jamais par eux-mêmes une indication pour l'avortement provoqué.

Vu :

Vu :

Nancy, le 27 janvier 1922.

Nancy, le 30 janvier 1922.

Le Président de la Thèse :

Le Doyen :

FRUHINSHOLZ.

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 31 janvier 1922.

Le Recteur de l'Académie :

CH. ADAM.

MEMBRE DE L'INSTITUT.

BIBLIOGRAPHIE

(En raison du nombre assez considérable d'ouvrages qui se rapportent à ce sujet, nous n'indiquerons que ceux auxquels nous avons fait appel au cours de notre travail.)

MARCÉ. — *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.*

SENLECQ. — *Délire post-éclamptique.* — Thèse de Paris, 1896.

JAISSON. — *Les psychoses puerpérales.* — Paris, 1898.

RÉGIS. — *Délire d'auto-intoxication et d'infection.* — *Presse médicale*, 1898.

LIEFERMANN. — *La psychose polynévritique.* — Thèse de Paris, 1902.

BALLET. — *Traité de pathologie mentale*, 1903.

PICQUÉ. — *Quelques considérations sur les psychoses puerpérales.* — *Revue neurologique*, Paris, 1904.

— *Considérations sur les psychoses post-partum.* — Société d'obstétrique, Paris, 1905.

— *A propos des psychoses puerpérales.* — Obstétrique, 1911.

PRIVAT DE FORTUNIÉ. — *Etude sur les délires du post-partum.* — Thèse de Paris, 1904.

DUPOUY. — *Les psychoses puerpérales*, 1905.

BIDOU. — *Les psychoses puerpérales.* — *Marseille-médical*, 1905.

BAR. — *La folie des nourrices.* — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1908.

LAIGNEL-LAVASTINE. — *Les troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne.*

ANGLADE et LAFAGE. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 20 mars 1910.

DELMAS. — *Les modalités cliniques des psychoses puerpérales.* — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1911.

HUGT. — *Contribution à l'étude des psychoses puerpérales.* —
Bordeaux, 1911.

PARIS. — *Les troubles de l'intelligence, de la sensibilité ou de la
volonté chez les femmes enceintes, nouvelles accouchées ou
nourrices,* 1911.

LAROCHE. — *La fixation des poisons sur le système nerveux.* —
Thèse de Paris, 1911.

ROCHAIX. — *Contribution à l'étude des psychoses puerpérales.* —
Lyon, 1914.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION	7

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I ^{er} . — <i>Etiologie</i>	11
Prédisposition	11
Facteurs sociaux et moraux.....	18
Intoxication	20
Psychose et sécrétions internes.....	31
Accouchement, délivrance.....	33
Infection.....	37
Lactation.....	46
CHAPITRE II. — <i>Symptomatologie</i>	49
CHAPITRE III. — <i>Diagnostic</i>	51
CHAPITRE IV. — <i>Pronostic</i>	55
CHAPITRE V. — <i>Prophylaxie et traitement en général</i>	57
Traitement obstétrical.....	59

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS.....	61
CONCLUSIONS.....	93
BIBLIOGRAPHIE.....	95
